UTERUSCARCINOM UND SCHWANGERSCHAFT.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER
MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE
VORGELEGT DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT
ZU
FREIBURG IM BREISGAU

VON
WALTHER SUCHIER
AUS
HERRENALB I. W.

Freiburg i. B.
Hammerschlag & Kahle G. m. b. H.
1910.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Freiburg i. B.

Dekan: Prof. Dr. de la Camp.

Referent: Professor Dr. Krönig.

1. Allgemeines.

Das Zusammentreffen von Uteruscarcinom mit Schwangerschaft und Geburt ist zweifellos als eine der schwersten Komplikationen der letzteren zu betrachten; nicht nur deshalb, weil die Persistenz der Schwangerschaft in hohem Maße in Frage gestellt, somit das Leben des Kindes schwer bedroht ist, sondern auch ganz besonders, weil in gleicher Weise wegen des Leidens selbst, sowie der aus einer solchen Erkrankung resultierenden Bedenken für eine glückliche Beendigung der Geburt, das Leben der Mutter unmittelbar auf dem Spiele steht. Stets also sind hierbei zwei Menschenleben in höchster Gefahr und auch heute noch leider allzu häufig rettungslos verloren. Der Umstand, daß der Uterus den häufigsten Sitz carcinomatöser Neubildungen überhaupt darstellt, ganz besonders aber die oft beobachtete Tatsache, daß Schwangerschaft und Uteruscarcinom sich gegenseitig fast stets in einem äußerst ungünstigen Sinne beeinflussen, hat dieses Krankheitsbild für den Therapeuten jahrzehntelang zu einem der undankbarsten Gebiete gemacht und bis gegen Ende des vorigen Jahrhunderts — speziell in Frankreich — einem Pessimismus Raum gegeben, der erst in neuerer und allerneuester Zeit durch zahlreiche günstige Erfolge der Therapie einigermaßen verdrängt werden konnte. Trotzdem sind sich auch heute alle Autoren darüber einig, daß das Auftreten dieser Komplikation stets als ein äußerst ernstes Ereignis zu betrachten ist, dessen trauriger Prognose nur durch ein systematisches Hand-in-Hand-arbeiten aller in Betracht kommender Hilfsfaktoren, Kliniken, Hausarzt, Hebammen, und nicht zuletzt der Patintinnen selbst (Winter), endlich auch durch ein mit der Verbesserung der modernen klinischen Hilfsmittel und dem Aufschwung

der chirurgischen Technik schritthaltendes Hinausschieben der Operationsgrenzen gesteuert werden kann (Mackenrodt, Wertheim).

Die Ansichten über die Häufigkeit des Zusammentreffens von Uteruscarcinom mit Schwangerschaft haben im Laufe der Zeit recht erhebliche Schwankungen erlitten. Während dasselbe in früheren Jahren für ein extrem seltenes Ereignis gehalten wurde, und man später ein doch häufigeres Vorkommen desselben annehmen zu müssen glaubte, ist erst in den letzten zwanzig Jahren durch zahlreiche vergleichend angestellte Zusammenstellungen ein richtiges Urteil über die Frequenz dieser Komplikation ermöglicht worden. Der Grund für solche Schwankungen ist einmal zu suchen in der früher teilweise noch recht mangelhaften Ausbildung der Diagnostik, andererseits in dem Mangel entsprechender Publikationen und dem daraus resultierenden Fehlen größeren statistischen Materials. Sarwey betont deshalb, daß nur die Ziffern solcher Statistiken, welche über große Zahlen verfügen und die Gesamtsumme der in demselben Zeitraum beobachteten Geburten zum Vergleich heranziehen, über die Häufigkeit der Koinzidenz von Carcinom und Schwangerschaft einen gewissen Aufschluß zu liefern im Stande sind. Die hier folgende statistische Zusammenstellung ist geeignet, dieses zu illustrieren und ein den tatsächlichen Verhältnissen annähernd entsprechendes Urteil darüber zu ermöglichen.

Frequenz-Tabelle des Zusammentreffens von Uteruscarcinom mit Schwangerschaft und Geburt.

Tabelle I.

Autor	Zahl der Geburten	Zahl der Carcinomfälle
v. Winckel	20000	10
Stratz	17832	7
Sutugin	9000	2
Glockner	26000	17
Orthmann	4028	6
Döderlein	5001 (in 15 Jahren)	7
Sarwey	2287 (in 14 Jahren)	4
Krönig	3072 (v. 1./X. 04 bis 1./VII. 09)	2
Summa:	87220	55

Es befanden sich also unter einer Gesamtsumme von 87220 Kreißenden 55 Carcinomkranke, und es war demnach unter rund 1600 Geburten je ein Fall mit Uteruscarcinom kompliziert, was einer Prozentzahl von 0,06 entspricht.

Aus diesen Zahlen ist zu ersehen, daß das Zusammentreffen von Uteruscarcinom mit Schwangerschaft ein immerhin recht seltenes Ereignis ist, und es sind im Wesentlichen zwei Momente, die zur Erklärung dieser Seltenheit herangezogen werden müssen. Einmal tritt eine carcinomatöse Neubildung fast stets in höherem Alter auf, in einem Alter also, in dem die Bedingungen für eine Konzeption im allgemeinen schon recht ungünstig sind; auf der andern Seite liegt eben der Höhepunkt der Fruchtbarkeit, der die günstigsten Bedingungen für das Zustandekommen einer Schwangerschaft darbietet, in einer Zeit, in der eine carcinomatöse Erkrankung zu den Seltenheiten gehört. Immerhin resultiert aus diesen Verhältnissen, daß das Alter carcinomatöser Schwangerer durchschnittlich ein erheblich geringeres, als das bei Carcinomkranken überhaupt, d. h. nicht mit Schwangerschaft komplizierter Fälle sein muß, einerseits, weil bei den Frauen deutscher Rasse die Fertilität im Anfang der vierziger Lebensjahre zu erlöschen pflegt, andererseits weil sich, wie unten noch des Näheren zu erörtern sein wird, die Disposition für carcinomatöse Neoplasmenbildung offenbar durch häufige Geburten und die damit verbundenen, oft schweren Insulte des weiblichen Genitaltraktus nicht unerheblich zu steigern scheint, und die Carcinome somit in einem früheren Alter zum Ausbruch kommen läßt.

Die von Sarwey auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und der großen Gusserow'schen Statistik aufgestellte Tabelle zeigt uns, daß das Alter bei carcinomkranken Schwangeren schwankt zwischen 22 (ein äußerst seltenes Ereignis — Fall Schwarzwäller — Statistik No. 427) und 47 Jahren, und daß für unkomplizierte Carcinome das Maximum der Erkrankung jenseits des 41. Lebensjahres mit 34,0 % liegt, während das Maximum der mit Schwangerschaft kombinierten Carcinome mit 64,4 % zwischen dem 31.–40. Lebensjahr gelegen ist.

Alterstabelle der Carcinomkranken und der carcinomkranken Schwangeren.

Tabelle II.

	Summe	20—30 Jahre	31—40 Jahre	41—50 Jahre	51—60 Jahre	Über 60 Jahre
Uncomplicierte Carcinome	3442	114=3,3 %	770=22,4 %	1169=34 %	856=24,8 %	533=15,5 %
Mit Gravidität complicierte Carcinome	180	32=17,8 %	116=64,4 %	32=17,8 %	—	—

Für die verhältnismäßig kurze Zeit endlich, in der das Prädilektionsalter beider Dispositionen — der für Schwangerschaft und der für Carcinom — sich berührt, und damit alle Bedingungen für eine Koinzidenz von Uteruscarcinom mit Schwangerschaft gegeben sind, ist noch zu berücksichtigen, daß das Bestehen eines mehr oder weniger ausgedehnten carcinomatösen Neoplasmas die Chancen für das Eintreten einer Konzeption zweifellos wesentlich herabsetzt, wenngleich die ersten Anfänge carcinomatöser Infiltration als ein Konzeptions*hindernis* nicht anzusprechen sind. Die *Cohnstein*'sche Ansicht, daß das Bestehen eines Collumcarcinoms das Eintreten der Schwangerschaft geradezu begünstige, hat keinen Anhänger mehr und ist durch entgegengesetzte Beobachtungen vollständig widerlegt. Der Prozentsatz des Eintretens von Schwangerschaft bei bestehendem Carcinom ist vielmehr, wie aus den folgenden Zahlen hervorgeht, ein sehr niedriger, und durch die allgemeine Schwächung des Organismus, endometritische Vorgänge, chemische Veränderungen des Cervixsekretes (*Hofmeier*), sowie endlich mechanische Einflüsse, wie Verlegung des Cervixlumens seitens der Neubildung etc., leicht erklärlich. Die folgende Tabelle zeigt uns, wie oft von den einzelnen Autoren das Eintreten von Schwangerschaft bei bestehendem Carcinom beobachtet wurde:

Tabelle III.

Autor	Zahl der Carcinomkranken	Zahl der eingetretenen Schwangerschaften
Stratz	1034	12
Ohlshausen	479	12
Pfannenstiel	282	7
Glockner	974	17
Heinsius	327	1
Orthmann	116	6
Wertheim	600	6
Summa:	3812	61

Es waren also unter 3812 Carcinomkranken nur 61 = 1,6 % Schwangerschaften.

Welcher von beiden Faktoren der primäre war, d. h. ob das Carcinom schon vor Eintritt der Schwangerschaft bestand, oder das umgekehrte der Fall war, ist natürlich nicht immer mit absoluter Sicherheit zu entscheiden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle liegen aber doch die Verhältnisse so, daß wir ein meist leider schon recht weit vorgeschrittenes Carcinom schon in den ersten Anfängen der Schwangerschaft finden, daß also das Carcinom vor der Schwangerschaft bestanden hat. Auch diese Tatsache ist übrigens ein Beweis, daß ein bestehendes Carcinom ein Konzeptions*hindernis* nicht darstellt oder doch nicht darzustellen braucht. Auch der umgekehrte Fall, das Eintreten einer carcinomatösen Neubildung bei schon bestehender Gravidität läßt sich, wenn auch erheblich seltener, aus dem weit vorgeschrittenen Stadium der letzteren gegenüber der noch sehr jungen Neubildung erkennen.

Wie aus der beigefügten Statistik von über 400 Fällen unzweifelhaft hervorgeht, sind es fast ausschließlich Mehr- und Vielgebärende, die der traurigen Komplikation von Carcinom und Schwangerschaft ausgesetzt sind, eine Tatsache, die, wie oben erwähnt, den Gedanken sehr nahe legt, daß die mit mehrfachen Geburten notwendigerweise zusammenhängenden Veränderungen des weiblichen Genitaltraktus den Boden für das Entstehen eines carcinomatösen Neoplasmas auch schon in jüngeren Jahren sozusagen vorbereitet, wenngleich uns hierüber nähere pathologisch-

anatomische Aufschlüsse noch fehlen. Denn während auf der einen Seite bei den beiden einzigen publizierten Fällen, in denen eine Primipara gleichzeitig von Carcinom befallen wird (ein Fall von Ohlshausen und ein Fall von Döderlein), die Patientinnen beide Male im 36. Lebensjahre standen, in einem Alter also, in dem das Auftreten eines Carcinoms auch ohne Komplikation mit Schwangerschaft nicht gerade zu den Ausnahmefällen gehört, sehen wir auf der anderen Seite bei Pluri- und Multiparen gar nicht selten das Auftreten carcinomatöser Neubildungen im dreißigsten, ja schon vor dem dreißigsten, ein Fall sogar schon im 22. Lebensjahre. Auch diese letztere Frau war eine Pluripara. Auch einige wenige Zweitgebärende werden in der Literatur erwähnt, doch ist die Zahl dieser Fälle immerhin eine verschwindend kleine gegenüber den Hunderten von Multiparen, die somit fast ausschließlich das Kontingent dieser traurigen Erkrankung stellen müssen.

Orthmann hat das Verhältnis der Fruchtbarkeit zu den Krebserkrankungen an Hand eines Materials von 116 Fällen eingehend erörtert; die Resultate seiner Beobachtungen sind aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

Tabelle IV.

? para	Port. Carc.		Cerv. Carc.		Corp. Carc.		Gesamtzahl der Carcinome		Zahl der ? parae	Zahl der Geb.
	op.	inop.	op.	inop.	op.	inop.	op.	inop.		
0	4	5	—	2	—	1	4	8	12	0
I	1	3	4	3	1	—	6	6	12	12
II	1	2	2	2	2	—	5	4	9	18
III	2	4	—	6	—	—	2	10	12	36
IV	2	3	3	3	2	—	7	6	13	52
V	1	4	3	4	1	—	5	8	13	65
VI	1	3	1	4	—	—	2	7	9	54
VII	4	1	2	2	—	—	6	3	9	63
VIII	1	1	5	3	—	—	6	4	10	80
IX	—	1	—	1	—	—	0	2	2	18
X	2	2	—	2	—	—	2	4	6	60
XI	—	—	2	1	—	—	2	1	3	33
XII	1	—	1	—	—	—	2	—	2	24
XIII	—	—	—	1	—	—	—	1	1	13
XIV	—	—	1	—	—	—	1	—	1	14
XV	—	—	—	1	—	—	—	1	1	15
XVI	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XVII	—	—	—	1	—	—	—	1	1	17
	20	29	24	36	6	1	50	66	116	574
	49		60		7					

Es kommen also auf die 116 Krebskranken im ganzen 574 Geburten (inclusive Aborte) oder auf jede Patientin

durchschnittlich 4,9 Geburten, eine Zahl, die mit den Angaben von Beckmann, Glockner u. A. annähernd übereinstimmt.

Auch die beiden in der Freiburger Universitäts-Frauenklinik unter Prof. Krönig beobachteten Fälle, deren Krankheitsgeschichte ich hier kurz folgen lasse, waren Pluripare (eine VII- und eine XII-para) und standen im 33., bezw. 37. Lebensjahre.

Fall 1.

Frau Emilie Sch., geboren 1. 10. 1872 in Freiburg i. B., Buchdruckersfrau, VII-para, wird am 17. Juni 1905 in die Anstalt und den Kreissaal aufgenommen.

Anamnese: Vater gestorben an Lungentuberkulose, Mutter gesund; Patientin ist in privater Pflege unter günstigen Bedingungen in der Stadt aufgewachsen und hat außer Masern und Scharlach im Kindesalter keine andern Erkrankungen zu überstehen gehabt.

Erste Regel mit 13½ Jahren, seitdem regelmäßig alle vier Wochen, circa 8 Tage dauernd, mit starkem Blutverlust, ohne Schmerzen.

Frühere Schwangerschaften: VII, worunter ein Abortus und 6 Geburten. Erstes Kind totgeboren, die übrigen fünf Geburten völlig normal, fieberfreier Verlauf des Wochenbettes.

Jetzige Schwangerschaft: Partus zu erwarten am 23. Juni 1905.

Befinden während derselben: Erbrechen und Kopfschmerzen nur anfangs, keine Rückenschmerzen, Appetit gut, Blutung stark unregelmäßig. Wehenbeginn am 17. Juni, 11 Uhr morgens.

Status präsens: Kräftig gebaute Frau mit gut entwickelter Muskulatur und reichlichem Fettpolster; Herz und Lunge ohne Besonderheiten. Struma nur während der Schwangerschaft, gleichmäßige Verdickung beider Lappen.

Genitalien: Hymen: Caruncúlae. Sekret: mäßig stark, blutig, jauchig. Portio: völlig erhalten, Halskanal nicht entfaltet, durchgängig für 2 Finger, Portio hinten hart infiltriert, vorn ulcerös. Äußerer Muttermund zwei-

markstückgroß, Saum hinten hart, 1 cm dick, vorn Erosionen. Innerer Muttermund für 2 Finger durchlässig.

Kind: Rücken rechts, kleine Teile links, Steiß am Fundus uteri, Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne 144, rechts unter dem Nabel. Blase gesprungen.

Diagnose: 32¾ jährige VII-para. II. Schädellage. X. Schwangerschaftsmonat. I. Geburtsperiode.

Besonderheiten: Carcinoma portionis et cervicis.

Geburt des Kindes am 17. Juni, 10 Uhr 58 Min. p. auf operativem Wege: Sectio caesarea classica mit nachfolgender Exstirpatio uteri totius (Wertheim) wegen Ca. port. et cerv. (Op. Dr. Rauscher).

Kind: lebt, männlich, Atmung erfolgte nach einer Minute auf Hautreize; ausgetragen, Gewicht 3840 g.

Geheilt entlassen am 15. Juli 1905.

Wiederaufnahme der Patientin am 10. Juli 1906. Nach der am 17. Juni 1905 erfolgten Operation dauerndes Wohlbefinden bis zum Januar 1906. Wiederbeginn der Beschwerden dann mit Schmerzen in der rechten Seite, die sich alsbald erheblich steigerten, besonders wenn Patientin sich längere Zeit ruhig verhalten hatte.

Diagnose: Carcinoma metastat. in cicat. vaginae et parametrii dextri.

Status präsens: Brustorgane ohne Besonderheiten, Atmung flach.

Leib: flach, symmetrisch, alte Striae, Nabel eingezogen; in der Mittellinie eine vom Nabel bis zur Symphyse reichende, circa ¼—½ cm breite, feste Laparatomienarbe.

Bauchorgane ohne Besonderheiten, Inguinaldrüsen frei; Unterleib zeitweise aufgetrieben, Schmerzen unbestimmt lokalisiert in der rechten Bauchgegend.

Patientin hat sehr unter Kopfschmerzen zu leiden, fühlt sich oft sehr schwach; schläft im allgemeinen gut. Häufig Wallungen und Schwindel, dauernd Schweiße.

Kräftezustand, Körpergewicht und Libido haben stark abgenommen.

Genitalien: Reichlich weißlicher Ausfluß; von der Vagina aus fühlt man an dem Scheidentrichter eine wall-

nußgroße, derbe Verhärtung vorn und rechts seitlich. Tuben und Ovarien fehlen.

Ligamentum latum und Parametrien: links frei; vom Rektum aus ist rechts von der Scheidennarbe beginnend ein circa hühnereigroßer etwas knolliger Tumor zu fühlen, der seitlich nach hinten bis in die Beckenwand reicht und wenig verschieblich ist. Rektum frei.

Urin: Sp. Gewicht 1017; leicht getrübt, wenig Zucker enthaltend.

Alle vier Wochen zur Zeit der Periode Schwindel, Wallungen, Kopfschmerzen. Herzklopfen, Schwäche, Schweiße.

14. Juli 1906 Operation: Probelaparatomie, Appendektomie. Narkose: Skopolamin-Morphium-Stovain. Schnitt entlang der alten Narbe. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigen sich an der Vorderfläche der Bauchgegend Verwachsungen, nach deren Lösung der Processus vermiformis, der mit dem weit entwickelten Carcinom fest verwachsen ist, frei wird. Er ist an der Spitze carcinomatös infiltriert; sein dickes, carcinomatös infiltriertes Mesenteriolum wird umstochen und unterbunden. Dann wird der Processus abgeklemmt, der Stumpf mit einem Seidenfaden umschnürt und mit sero-seröser Naht bedeckt. Da die Inspektion zeigt, daß an eine operative Entfernung des Recidivs nicht zu denken ist, wird die Bauchhöhle durch fortlaufende Catgutnaht geschlossen, die Fascie durch Seidenknopfnähte. Fortlaufende Hautcatgutnaht. Carcinom inoperabel. Rasche Heilung der Wunde, klinischer Verlauf der Nachbehandlung ohne Besonderheiten; dieselben Beschwerden wie vor der Operation. Patientin wird auf eigenen Wunsch am 4. August 1906 leicht fiebernd entlassen.

Nach einigen Monaten Exitus letalis an Recidiv.

Anatomischer Befund: Das ganze Mesenteriolum ist carcinomatös, und auch auf die Wand des Processus vermiformis selbst hat die Neubildung übergegriffen.

Fall 2.

Frau Lucia M., 37 Jahre, Taglöhnersfrau, verheiratet seit 16 Jahren, aufgenommen den 21. Dezember 1907.

Diagnose: Grav. mens. V—VI, Carcinoma portionis.

Anamnese: 9 Kinder gesund, Vater lungenkrank.

Menses: Beginn mit 17 Jahren, seither regelmäßig alle 4 Wochen, 3—5 Tage dauernd, das letztemal am 8. Juli 1907.

Entbindungen: XI, die letzte im Januar 1907, keine Fehlgeburten; letztes Wochenbett fieberfrei; Geburt spontan, vier Tage p. p. aufgestanden.

Status präsens: Appetit gering, kein Erbrechen; wenig Schmerzen im Unterleib, oft Kreuzschmerzen, Auftreibung des Leibes, Drängen nach unten; reichlich rötlicher Ausfluß. Brustorgane ohne Besonderheiten. Patientin hat stark zu leiden unter Kopfschmerzen, Schwindel, Schweißen; keine Wallungen, kein Schwächegefühl, Schlaf und Kräftezustand gut, keine Abnahme des Körpergewichtes, keine Temperatursteigerung; öfters Schmerzen in den Extremitäten. Die Periode blieb seit Anfang Juli aus; seit Ende Juli blutig-wässeriger Ausfluß in geringer Menge, seit 8 Tagen stärkere Blutung. Knochenbau grazil, Muskulatur und Pannic. adip. mäßig gut entwickelt; Bauchorgane gesund; Konfiguration: Symmetrische Vorwölbung; alte und neue Striae; keine Vergrößerung der Inguinaldrüsen. Uterus in Nabelhöhe. Reflexe normal. Keine kindlichen Herztöne.

Genitalien: Mammae normal, Colostrum enthaltend; große Labien fettreich, Introitus vaginae klaffend, Urethralmündung nicht gerötet, Damm relaxiert, Caruncula.

Vagina: bläulich verfärbt, mittelweit, aufgelockert, schleimiges Sekret. Vordere Muttermundlippe in einen höckerigen, oberflächlich exulzerierten, sehr leicht blutenden Tumor verwandelt. Parametrien zart, frei. Tuben und Ovarien zeigen keine tastbaren Veränderungen.

Therapie: Hysteromatomia posterior. Extirpatio uteri tutius sine adnexis mit Spaltung per vaginam (Op. Prof. Krönig).

Operation: Lumbalanästhesie: Tropacocain Merk 0,06; Injektionstechnik nach Krönig.

Verlauf: Abtragung des breitgestielten carcinomatösen Polypen; nach Umschneidung der Portio Durchtrennung der hinteren Cervixwand und Eröffnung des Douglas. Ein-

gehen mit der Hand, Wendung auf den Fuß, Extraktion. Manuelle Placentarlösung. Spaltung der Hinterwand des Uterus, bis sich derselbe vor die Vulva luxieren läßt. Abschieben der Blase. Die Adnexe und Parametrien werden unterstochen und durchtrennt, der Uterus aus seinen Scheidenverbindungen gelöst und extirpiert. Das Peritoneum des hinteren Douglas wird mit der hinteren Scheidenwand, das Blasenperitoneum mit der vorderen Scheidenwand vereinigt, zum Schluß vordere und hintere Scheidenwand unter extraperitonealer Lagerung der Adnexstümpfe vernäht.

Befinden nach der Operation: Venenthrombose der Vena saphena des linken Beines, Lungenembolie am 15. Krankheitstage.

Rekonvaleszenz: Wechselnde Temperatur bis 39,6 bis zum 28. Krankheitstage, seither fieberfrei. Entlassung am 1. Februar, geheilt. Wiedereinlieferung der Patientin am 15. Juni 1908.

Diagnose: Recidiv, Carcinomatose des Peritoneums. Am 29. Juni 1908 Exitus letalis an carcinomatöser Peritonitis.

Pathologische Anatomie.

Die pathologische Anatomie der Uteruscarcinome, welche nicht nur bezüglich der Prognose der hier in Frage stehenden Fälle, sondern auch bezüglich unseres therapeutischen Handelns von allergrößtem Interesse ist, zeigt uns eine Fülle von Krankheitsbildern, die sich dahin zusammenfassen lassen, daß einerseits alle mikroskopischen Strukturbilder des Carcinoms an allen Abschnitten des Uterus vorkommen können, während anderseits eine gewisse Vorliebe einzelner Formen an bestimmten Stellen unverkennbar ist. Bei den in der Literatur beschriebenen Fällen von Uteruscarcinom, das mit Schwangerschaft kombiniert ist, ist als Sitz desselben nahezu ausnahmslos Portio und Cervix bezeichnet. Ist das Vorkommen des Corpuscarcinoms schon an sich seltener als das der Portio und Cervix, so ist ein Zusammentreffen von Corpuscarcinom und Gravidität nicht nur äußerst unwahrscheinlich, insofern eine gedeihliche Entwicklung des befruchteten Eies in einer carcinomatös degenerierten Uterushöhle wohl kaum

gedacht werden kann, sondern die wenigen veröffentlichten Fälle (es sind im Ganzen 9, je 1 Fall von Neyronis, Bousquet, J. Veit, 2 von P. Müller, 3 von Chiari, 1 Fall von Cohnstein Fall Rau, No. 94 der Statistik) sind auch nicht einwandfrei beobachtet und beschrieben, so dass die Deutung Teilhabers, es könne sich in diesen Fällen nicht um echte Carcinome, sondern um Chorionepitheliome gehandelt haben, sehr wohl zulässig ist. Wenngleich der Beweis hierfür nicht erbracht ist, und die Möglichkeit, daß sich Schwangerschaft auch einmal mit Carcinom des Corpus uteri kombinieren kann, theoretisch sich nicht bestreiten läßt, so rechtfertigt doch schon die geringe Zahl dieser Fälle, denen eine Summe von mehreren Hundert der andern gegenübersteht, daß sie in vorliegender Betrachtung unberücksichtigt bleiben und ausschließlich das Carcinom des Collums zur Besprechung kommt. — Ob nun im Speziellen die Neubildung primär vom Epithel der Portio oder dem der Cervix ausgegangen ist, wird sich im Einzelfalle meist nicht mehr entscheiden lassen und ist auch — klinisch wenigstens — bedeutungslos. Nach Sarwey war unter 190 beschriebenen Fällen 123mal die Portio Sitz des Carcinoms, 62mal der Cervix, 5mal Portio und Cervix zusammen.

Die häufigste Form ist nach den Ergebnissen der Statistik das Carcinom der Portio. Es beginnt meist mit der Entstehung eines etwas hervorragenden Knotens oder einer papillären, mehr oder weniger verzweigten, häufig blumenkohlartigen Prominenz, deren starke Neigung zum Zerfall jedoch meist nach kurzer Zeit ein stark zerklüftetes, leicht blutendes Geschwür mit wallartigen Rändern entstehen lässt. Je nach seinem Ausgangspunkt kann das Carcinom der Portio entweder ein echtes Plattenepithelcarcinom sein, wobei es von der Aussenfläche der Portio entstanden sein muss, oder es kommt zur Bildung von Zylinderepithelcarcinomen, ausgehend von adenoiden Wucherungen in der Umgebung des äußeren Muttermundes, bezw. dem untersten Teile des Cervixkanales, welcher durch Ektropionierung mit zur Oberfläche der Portio geworden ist. Letztere gleichen in ihrer mikroskopischen Struktur selbstverständlich den Cervixkanalcarcinomen. Meist sehen wir Einsenkungen solider Zapfen kubischer

und polyedrischer Zellen, selten sind die hochentwickelten adenomatösen Formen. Da endlich auch echte verhornende Cancroide an der Portio wie auch gelegentlich am Cervix zur Beobachtung kommen, kann das pathologisch-histologische Bild ein so mannigfaches sein, daß ein eindeutiger Beweis für den primären Entstehungsort auch mikroskopisch nicht immer möglich ist. Das Carcinom der Portio greift im weiteren Verlauf sehr frühzeitig auf die Umgebung über und zwar hauptsächlich auf das Scheidengewölbe und das perivaginale Bindegewebe, zeigt dagegen geringe Neigung auf den Uteruskörper überzugehen; es ist dies rein anatomisch begründet in der Richtung des Lymphstromes und der Anordnung der Lymphbahnen, welche sich in ihrem Verlauf den Vasa uterina anschliessen und damit die Ausbreitung des Portiocarcinoms nach dieser Richtung leiten. Die Richtung des Lymphstromes ist auch insofern mitbestimmend für eine Metastasierung nach dem übrigen Körper, und gegen eine solche in das Corpus uteri, als die Lymphbahnen des letzteren an der Kante des Cervix sich mit den aus der Portio stammenden zu obengenannten, den Vasa uterina folgenden Bahnen vereinigen: es müßte somit eine retrograde Metastasenbildung eintreten, die ohne Umkehrung des Druckes und der Stromesrichtung in den Lymphwegen nicht denkbar ist. Rein anatomisch allerdings ist ein solches Vorkommnis sehr wohl möglich, da bei Verlegung der nächstliegenden Drüsenpakete die genannten Bedingungen in den neuausgebildeten Collateralen gelegentlich eintreten können, was ein Weiterfließen des Lymphstromes in anderer, eventuell umgekehrter Richtung zur Folge haben würde. Klinisch ist dieses Ereignis aber, wie oben erwähnt, äußerst selten.

Das Carcinom des Cervixkanales kann ebenso wie das des Corpus uteri vom Epithel der Oberfläche oder dem der Drüsen ausgehen. Die Bildung solider Zapfen von dem zu Plattenepithel metaplasierten Oberflächenepithel ist hier ein häufiges Vorkommnis, seltener die adenomatöse hochentwickelte Zylinderzellenform mit reinerhaltenem Drüsentypus.

Mikroskopisch läßt das Colluncarcinom entweder einen mehr oder weniger deutlich ausgesprochenen polypösen

Charakter erkennen, ausgehend von polypösen Wucherungen der Schleimhaut, oder es entwickelt sich als flaches Neoplasma von der Cervixinnenfläche, oder endlich es stellt eine ziemlich gleichmäßige Infiltration der Schleimhaut und Muskulatur dar. Auch hier ist geschwüriger Zerfall und Ansiedelung pyogener Mikroorganismen ein häufiges, meist frühzeitig auftretendes Ereignis. Auch hier bleibt die Neubildung nicht lange auf ihren Ausgangsherd beschränkt: die dünne Muskelwand des Cervix vermag der vordringenden Krebswucherung keinen erheblichen Wiederstand entgegenzusetzen und der Durchbruch in das paracervikale Gewebe ist der Anfang einer Reihe von Komplikationen, welche dem ärztlichen Handeln bald ein Ziel setzen, oder doch dessen Erfolg stark in Frage stellen. Daß die meist harte, krebsige Infiltration des Gebärmutterhalses den Geburtsmechanismus stark beeinträchtigen muss, eventuell sogar ein absolutes Geburtshindernis abgeben kann, ebenso daß es in einem derartig veränderten Gewebe intra partum zu spontanen Zerreißungen der Geburtswege mit konsekutiver, oft profuser Blutung kommen kann, ist ohne Weiteres ersichtlich; auch ist stets die Gefahr einer, durch die meist an pathogenen Mikroorganismen reiche Krebsjauche bedingten, aufsteigenden Infektion gegeben. Das intensive Bestreben des Cervixcarcinoms auf die Umgebung überzugreifen, welches das der Portio noch übertrifft, macht es erklärlich, daß nicht selten der innere und äußere Muttermund, selbst die Vagina mitergriffen werden, und somit für die Entwicklung des Kindes per vias naturales die denkbar größten Schwierigkeiten erwachsen.

Von weitgehendster Bedeutung — unmittelbar für das Leben der Mutter, sekundär auch für das des Kindes — der wichtigste Faktor gleichzeitig für die Bestimmung unserer Indikationsstellung zum operativen Eingreifen ist die Frage: In welchem Stadium befindet sich das Carcinom? Diese Frage, die nicht nur die in loco erreichte Größe der Neubildung, sondern auch deren regressive Metamorphosen und vor allem den Grad der Metastasenbildung umfaßt, ist direkt entscheidend für oder gegen die Operabilität des betreffenden Falles:

Allen Krebsen des Uterus ist die Neigung zu Zerfall der neugebildeten Massen und Bildung eiternder oder stark jauchender Geschwüre gemeinsam. Das Beckengewebe wird oft sehr bald durchsetzt und in eine derbe, von zahlreichen Geschwulstknoten erfüllte Masse umgewandelt. Sehr frühzeitig kommt es ferner zu einem Übergreifen der Neubildung auf die Blase und die unteren Enden der Ureteren, welche von dem Neoplasma mitunter geradezu eingemauert, komprimiert oder durchwachsen werden, so daß sekundäre Komplikationen seitens der Niere nicht selten das Krankheitsbild noch erschweren. Auch die Wand des Rektums bleibt nicht lange verschont und wird öfters in den carcinomatösen Bezirk miteinbezogen. Durch den Zerfall der krebsigen Massen entstehen abnorme Kommunikationen zwischen Uterus, Blase, Rektum, Scheide, wie Uterus-Blasenfisteln, Blasen-Scheidenfisteln etc.

Die Metastasenbildung vonseiten der Uteruscarcinome erfolgt naturgemäß zunächst in die nächste Umgebung des Ausgangsherdes und zwar, wie oben gestreift wurde, der Neigung des Krebses entsprechend fast ausschießlich auf dem Lymphwege, selten auf dem Blutwege; manchmal handelt es sich wohl auch um Transplantationsmetastasen. Ergriffen werden in erster Linie die Lymphdrüsen des kleinen Beckens, bald auch die retroperitonealen Lymphdrüsen, hauptsächlich die in der Umgebung der Arteria und Vena iliaca, dann die um die Aorta abdominalis gelegenen Glandulae lumbeles inferiores und superiores, endlich auch die hinter dem Duodenum gelegenen Glandulae coeliacae: Später können auch auf dem Blutwege Metastasen in die verschiedenen Organe erfolgen, worunter Leber, Niere, seltener Lunge, am häufigsten beteiligt sind. Es ist eine für die Mutter oft verhängnisvolle Tatsache, daß gerade das Collumcarcinom diese ausgesprochene Neigung zeigt, sehr rasch auf dem Lymphwege Metastasen zu machen; es kommt vor, daß das Carcinom zu einer Zeit, wo es nach der Vagina und dem Corpus uteri nur wenig vorgedrungen ist, längst schon die Parametrien ergriffen und eventuell schon Metastasen in ferner liegende Lymphdrüsen gemacht hat. Es kommt vor, daß die obere Hälfte des Corpus uteri noch frei und intakt

ist, zu einer Zeit, wo das Individuum durch Cachexie und allgemeine Carcinose dem Exitus nahe ist. Andererseits hat Pankow gezeigt, daß nicht selten Fälle vorkommen, bei welchen selbst breite doppelseitige Infiltration beider Parametrien nicht carcinomatöser, sondern rein entzündlicher Natur ist, eine an Hand eines grossen pathologisch-anatomischen Materials konstatierte Tatsache, welche für unsere Indikationsstellung zum operativen Eingreifen von weitestgehender Bedeutung ist. Durch diese Beobachtungen Pankows lassen sich sehr wahrscheinlich auch ein Teil der von Lomer bekanntgegebenen Spontanheilungen carcinomatöser Neoplasmen nach Ausschaltung des Primärtumors erklären; denn es ist sehr wohl denkbar, daß eine derbe, aber rein entzündliche Infiltration der Parametrien in dem einen oder anderen dieser Fälle für carcinomatös gehalten wurde, und ein Abschwellen derselben nach operativer Entfernung des primären Carcinoms eines pontane Ausheilung der vermeintlichen Krebsherde vortäuschen konnte. Inwieweit all diese Verhältnisse im Speziellen für die mit Schwangerschaft kombinierten Fälle von Wichtigkeit sind, wird unten noch des näheren erörtert werden (cf. u.: Einfluß der Schwangerschaft und Geburt auf das Carcinom).

Symptome und Diagnose.

Die Symptome des Portio- und Cervixcarcinoms gehen wie bei allen Krebsen zunächst von den primären, später zugleich von den Metastasen, und endlich von den durch Carcinom und die Schwangerschaft gemeinsam bedingten Zuständen aus: Im allgemeinen sind es zuerst mehr oder weniger starke Blutungen, die eines der ersten Symptome darstellen und welche einerseits den großen Vorteil bieten, daß sie die unglückliche Patientin zum Arzt führen, andererseits aber auch den großen Nachteil mit sich bringen, daß sie, speziell wenn sie in nur mäßigem Grade und mit Unterbrechungen auftreten, falsch gedeutet, für die Periode gehalten werden, und dadurch bei den Frauen, die sich überdies meist schon in der Nähe der „Wechseljahre“ befinden, den Gedanken an eine möglicherweise bestehende Schwanger-

schaft oder an eine die Blutungen bedingende bösartige Erkrankung nicht aufkommen lassen. Begünstigend in diesem traurigen Sinne wirkt selbstverständlich, daß von der carcinomatös erkrankten Portio — die den häufigsten Sitz des Uteruskrebses darstellt — keinerlei Schmerzempfindung ausgeht, solange das Carcinom auf die Portio beschränkt bleibt. Öfters auch sind die Symptome, speziell in den allerersten Anfängen der Gravidität, so geringfügige, beschränken sich bespielsweise lediglich auf etwas verstärkte schleimigwässerige Sekretion und dergleichen, daß sie völlig unbemerkt bleiben, jedenfalls aber den Verdacht einer ernsteren Erkrankung für den Laien in keiner Weise nahelegen. Andererseits gibt es auch Fälle, in denen diese Sekretionsanomalien erst sehr spät auftreten, zu einer Zeit, wo das Carcinom bereits eine außerordentliche Ausbreitung gewonnen hat, ehe von den Kranken eine unbedeutende Steigerung des Schleim- und Blutflusses beobachtet wird.

Sehr verdächtig sind Blutungen, wenn auch unbedeutende, welche sich nach bereits eingetretener Cessatio mensium zeigen. Besonders das Corpuscarcinom, dessen Prädilektionsalter ja ohnehin später liegt als das der Portio und Cervix, signalisiert sich mit Vorliebe in dieser Weise; doch kommt ja gerade dieses letztere für die hier in Frage stehenden Fälle glücklicherweise am wenigsten in Betracht.

Außer durch menstruelle Kongestion werden die Blutungen durch kleinere, selten größere Oberflächenverletzungen der leicht verwundbaren Geschwulst erzeugt. Dazu genügen die physiologischen Bewegungen des Uterus, das Scheuern der Portio an der hinteren Scheidewand und andere geringfügige Ursachen.

An die Blutung schließt sich dann meist ein mehr oder weniger kopiöser, schmutzig gefärbter, seröser bis eitriger, eventuell jauchiger Ausfluß, der bald einen üblen Geruch annimmt und in vorgeschrittenen Fällen die Zimmerluft vollständig verpesten kann. — Schmerzen macht, wie oben erwähnt, das auf die Portio beschränkte Carcinom — bedauerlicherweise — garnicht. Würden die Schmerzen gleich zu Beginn der Erkrankung auftreten, so würden jedenfalls zahlreiche Patientinnen dadurch zu einer Zeit

zum Arzt geführt, wo noch Hilfe möglich ist. Die von der Schwangerschaft und dem Carcinom in gleicher Weise bedingten Störungen des Allgemeinbefindens, wie Magenbeschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Kardialgien, Appetitlosigkeit etc. werden besonders von indolenten Personen oft lange Zeit gleichgültig ertragen. Erst wenn das Carcinom seine Metastasen in die Parametrien hineingeschickt hat, beginnen die überaus lästigen Empfindungen im Kreuz, Druckgefühl im Becken, vor allem die durch Druck auf die Nervenstämme bedingten heftigen ausstrahlenden Schmerzen in eines oder beide Beine. Wenn auch die leichteren Beschwerden von den Kranken zunächst nicht direkt als Schmerz bezeichnet werden, so sind sie doch ihrer Kontinuierlichkeit wegen außerordentlich quälend und imstande, ein Individuum zu vollständiger sozialer Unfähigkeit herabzudrücken. Jetzt allerdings zaudert die Patientin nicht mehr, den auch im 20. Jahrhundert noch immer gefürchteten Arzt aufzusuchen, der dann leider nur allzu oft zu konstatieren gezwungen ist, daß der günstige Moment für eine Heilung unwiderruflich versäumt ist.

Eine lebhafte Steigerung aber erfahren diese Beschwerden mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft. Das Bild des Jammers, das in einem nicht mit Gravidität komplizierten Falle vielleicht noch einige Zeit hätte hintangehalten werden können, stellt sich trotz aller Bemühungen und aufopfernden Pflege zuweilen mit erschreckender Geschwindigkeit ein und die unglücklichen Patientinnen gehen rapidem Verfall entgegen. Die terminalen Komplikationen Anämie, Hydronephrose durch Einmauerung und Kompression der Ureteren, eventuell Urämie, Übergreifen des Carcinoms auf die Umgebung mit konsekutiver Blasenscheidenfistel, Rektovaginalfistel, Metastasen in andere Organe etc. führen das Ende herbei: Den Tod der Mutter, nicht selten auch den des Kindes. In vielen Fällen auch tritt der Exitus ein, ohne daß es zu so weitgehender Zerstörung gekommen ist, durch allgemeine Erschöpfung, Nephritis, Peritonitis oder eine andere zufällige Komplikation.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß eine frühzeitige Diagnose des Portiocarcinoms von der allereinschneidendsten

Bedeutung ist, ganz besonders wenn eine Komplikation mit Schwangerschaft vorliegt. Daß die Initialsymptome, Unregelmäßigkeiten der blutigen und schleimigen Ausscheidungen, leider recht häufig auch seitens des Arztes unbeachtet bleiben, ist bereits erwähnt. Sehr heilsam haben gerade in diesem Punkte die emsigen Bemühungen Winters gewirkt, dessen Beispiel in letzter Zeit vielfach Nachahmung gefunden hat. Die unaufhörlichen Mahnworte, die Winter an das Publikum, die Hebammen, die Ärzte gerichtet, haben endlich doch einigermaßen erreicht, daß die Aufmerksamkeit der Laien auf die Frühsymptome des Carcinoms gelenkt wurde, und das Verständnis für die persönliche und soziale Bedeutung dieser Dinge erheblich zugenommen hat. Einen deutlichen Beweis für die Fruchtbarkeit seiner Bemühungen konnte Winter in seiner eigenen Klientel erleben, welche allerdings auch am Direktesten unter seinem heilsamen Einflusse stand; eine Steigerung der Carcinomoperalität von 54 auf 71 %. Die Diagnose eines mehr oder weniger vorgeschrittenen Carcinoms ist in der Regel durch Palpation oder Spekulumuntersuchungen unschwer zu stellen. Hartnäckiger, speziell übelriechender Ausfluß, unregelmäßige, mehr oder weniger heftige Blutungen, insbesondere wenn sie nach der endgültigen Cessatio mensium auftreten und dergleichen müssen in jedem Fall unseren Verdacht in dieser Richtung erwecken oder bestärken. Gerade bei jugendlichen Patientinnen, bei welchen der Verdacht auf Carcinom nicht eben naheliegt, können diese Symptome von ausschlaggebender Bedeutung werden. Eventuelle Schwierigkeiten, die durch die charakteristischen Eigentümlichkeiten des Carcinoms — die eigenartige Härte des Gewebes, die Tendenz zur Blutung selbst bei zarter Berührung — nicht zu beseitigen sind, lassen sich im Notfall durch eine Probeexzision einwandfrei beheben. Die Härte der carcinomatös infiltrierten Partien sticht gegen die Umgebung um so schärfer ab, als das gesunde Gewebe infolge der Schwangerschaft eine Auflockerung und Saftanreicherung erfährt, die die palpatorische Diagnostizierung wesentlich erleichtert.

Mehr Schwierigkeiten macht zuweilen die Diagnose der gleichzeitig bestehenden Schwangerschaft, ja sie kann, speziell

vor dem vierten Monat unmöglich sein. Selbstverständlich kommt dabei der Zustand und die Ausdehnung des betreffenden Carcinoms sehr in Betracht. Es ist wiederholt dagewesen, daß die Schwangerschaft erst nach Eröffnung des total-exstirpierten Uterus erkannt werden konnte. Die durch die mehr oder weniger ausgedehnte carcinomatöse Verhärtung des Gewebes erschwerte Palpation, die mit Uteruscarcinom häufig verbundenen metro-endometritischen Prozesse, welche die für die Diagnose der Schwangerschaft sehr wichtige Auflockerung des Uterusgewebes hintanzuhalten imstande sind, die eventuell damit verbundene Volumzunahme der Gebärmutter u. a. m. sind jedenfalls dazu angetan, die Diagnose der Schwangerschaft in den ersten drei Monaten sehr zu erschweren, oder doch die normalerweise dafür gegebenen Anhaltspunkte zu verschleiern. Selbstverständlich beheben sich diese Schwierigkeiten mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft ohne Weiteres von selbst und lassen Zweifel über das Bestehen oder Nichtbestehen der Gravidität nicht mehr aufkommen.

Ich lasse nun eine Statistik von 441 Fällen folgen, welche im wesentlichen aus den Aufzeichnungen von Cohnstein, Theilhaber, Dührssen, Sarwey, Orthmann und anderen, sowie unter Zuhilfenahme der neueren in- und ausländischen Fachzeitschriften zusammengestellt ist und den sich anschließenden Betrachtungen über die gegenseitige Beeinflussung von Schwangerschaft und Carcinom, sowie die daraus resultierende Therapie zur Grundlage dient.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
1	J. M. Arnott	38	pluripara	Carcinoma portionis.	Spontane Geburt am normalen Ende, unmittelbar nach Abtragung des Tumors mit der Scheere.	lebt	lebt	Tod der Mutter einige Monate post partum an Recidiv (hintere Lippe).	Med.chir.Trans. Vol.XXXI,p.37.
2	Derselbe	41	X	Carc. port. et corp. ut.; portio teilweise ulceriert.	Abort im 6. Monat, lange und schmerzhafte Entbindung; Zwillinge.	lebt	s. n.	Mutter erhält sich noch sechs Monate.	
3	Newmann	27	VII	Carc. port. et corp. ut.; hintere Lippe ulceriert.	Sectio caesarea im VI. Monat unter Lokalanästhesie.	lebt	† bald nach der Geburt	—	Obstet. Trans. VIII. p. 343,1867
4	Todd	36	pluripara	Carc. der hinteren Lippe.	Leichte Geburt am normalen Ende, nachdem im II. Monate der Schwangerschaft die carcinomat. Lippe amputiert war.	lebt	lebt	—	Pacific Medical and Surg.Journ. Decbr. 1872.
5	Spiegelberg	44	X	Carc. beider Muttermundslippen.	Vorzeitiger Blasensprung. Incisionen durch die Muttermundswinkel und in die vordere Lippe. Forceps weg. Wehenschwäche.	lebt	lebt	Mutter stillt das Kind in der ersten Zeit. Tod der Mutter $10^1/_2$ Monate p. partum an allgemeiner Krebskachexie.	Monatsschrift f. G., XI, p. 111.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
6	Pachur	34	VII	Collumcarcinom.	Abort im IV. Monat unt. heft. Schmerzen.	lebt	s. n.	Mutter stirbt nach 7 Wochen.	Casper's Woch.-schr. 1838, No. 46.
7	Putegnat	40	IV	Tiefe u. ausgedehnte Ulceration am Collum uteri bis in die Höhe der Vaginalinsertion.	Spontane, aber sehr schmerzhafte Entbindung im IX. Monat.	† 2 Tage p. p.	lebt	—	Journ. de Bruxell 1870, LI 34.
8	Derselbe	34	pluripara	Carc. colli ut. Ecrasement u. Glüheisen. Darauf Eintritt d. Schwangerschaft.	Entbindung spontan am normalen Ende.	† p. p.	lebt	Nur in der letzten Zeit d. Gravidität Schmerzen im Uterus.	
9	West	—	—	Ausgedehnte carcinomatöse Entartung d. Gebärmutter.	Spontane Geburt.	—	—	—	l. c. p. 474.
10	Derselbe	—	—	Nur ein kleiner Teil des unteren Uterussegmentes ist frei.	Spontane Geburt.	—	—	—	

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
11	Lumpe	Mitte d. 30er Jahre	pluripara	Über d. ganze Portio ausgebreitetes Medullarcarcin.	Spontane, ziemlich schnelle Erweiterung des Muttermundes. Fußlage und Entwickelung des Kopfes mit der Zange.	lebt	†	Das tief scheintote Kind kam nicht z. Leben. Tod der Mutter nach 3 Monaten an Konsumption. Bemerkenswert ist das Fehlen der Blutung in partu.	Österreich. Zeitschrift für Heilkunde 1860, No. 43.
12	Sommer	37	VII	Taubeneigroßer Scirrhus am Collum, Muttermund beinahe bis zum Scheideneingang ulceriert. Mastdarmscheidenfistel.	Spont., sehr schmerzhafter Abort im IV. Monat.	Lebt noch 3 Monate	s. n.	—	Stark's Archiv, 3. Bd. 1791, p. 288.
13	Dubois	—	—	--	Spontane Geburt.	lebt	lebt	—	Bullet général de thér. t. 24, p. 28.
14	Arneth	—	II	Carc. port.	Spontane Geburt.	lebt	lebt	—	Geburtshülfl. Praxis 1851, p. 65.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
15	Jacobi	—	I	Blumenkohl des Cervix.	Künstliche Frühgeburt im VIII. Monat. Wendung und Extraktion.	lebt	s. n.	Entfernung des Tumors mit der galvano-kaustischen Schlinge nach der Entbindung.	The American Journ. of Obstetr., May 1868, p. 83.
16	Martin le jeune	28	VI	Ein Tumor v. der Größe ein. Kindskopfes von der inner. Seite des Collum ausgehend.	Wehen am normalen Ende der Schwangerschaft; die Geburt zieht sich einige Tage hin. Plötzlicher Tod am 5. Tage. Mutter stirbt unentbunden.	†	†	—	Mémoires de Médicine. Paris 1835. p. 278.
17	Derselbe	—	—	Carc. colli et corp. ut.	Ruptur des Uterus. Mutter unentbunden.	†	†	Kind faul bei der Sektion; der Krebs hatte sich in diesem Falle erst in der Schwangersch. entwickelt, da Pat. bis dahin wohl war.	ebenda, p. 128.
18	Paul Portal	—	—	Collum-carcinom.	—	† im Wochenbett	lebt	—	ebenda.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
19	Martin le jeune	49	pluripara	Sehr umfangreicher Krebs des Collum u. der hinteren Vaginalwand.	Spontan beginnender Abort im VI. Monat. Wehen lange dauernd, erfolglos. Ruptur des Uterus mit Austritt der Frucht in die Bauchhöhle. Mutter unentbunden.	†	†	—	ebenda, p. 282.
20	Derselbe	—	pluripara	Carc. port.	Leichte Entbindung.	lebt	lebt	—	ebenda, p. 286.
21	Derselbe	36	—	Apfelgroßes Collum-carcinom.	Geburt am normalen Ende, sehr lang, schmerzhaft, aber spontan.	lebt	lebt	Der Krebs bestand schon bei d. vorhergegangenen Schwangerschaft, die durch künstl. Abort unterbrochen war.	ebenda, p. 288.
22	Derselbe	36	pluripara	Hühnereigroß. Collum-carcinom.	Spontane Geburt nach $10^1/_2$ Monaten.	lebt	lebt	Wesentl. Besserung d. Leidens nach dem Wochenbett. Pat. wird noch wiederholt gravid.	ebenda, p. 290.
23	Ashwell	—	—	Fortpflanzg. d. Carc. v. d. äuß. Genital. auf d. Muttermund.	Künstliche Frühgeburt durch Eihautstich. Perforation des kindlichen Kopfes.	† 8 Tage p. p.	† s. n.	—	Guy's Hosp. Reports. IV, April 1837.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
24	Menzies	28	III	Ca. colli et corp.	Mutter stirbt unentbunden an subakuter Peritonitis im (angeblich) 17. Schwangerschaftsmonat.	†	† (Sektion)	Während der Gravidität trat. von Zeit zu Zeit Wehen ein, die wieder verschwand., ohne auf den Muttermund einzuwirken. Bei d. Sektion zeigt sich das nahezu reife Kind durchaus nicht zersetzt, der Liquor amnii ganz verschwunden.	Glasgow Med. Jour. Vol. I, No. 2, Juli 1853.
25	Davies	—	—	Cervixcarcin.	—	† p. p.	—	Uterusruptur.	bei Menzies.
26	Simpson	—	—	Ulceriertes Carc. des Cervix.	Craniotomie.	† 2 Tage p. p.	† s. n.	—	ebenda.
27	Simpson	—	—	Ulceriertes Carcinom des Collum.	72 Stunden dauernde Geburt. Cervixincisionen.	† 3 Tage p. p.	—	—	—
28	Denman	—	—	Großer Blumenkohl der Portio.	Perforation. Mutter stirbt unentbunden während der sehr mühsamen Operation.	† s. n.	† s. n.	Die Exkreszenz war für Placenta praevia gehalten worden.	Introduct to the pract. of midwifer. tom II, p. 100.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
29	Denman	—	—	Ulceriert. Cervixcarcinom.	Embryotomie.	lebt	† s. n.	—	—
30	Schelle	40	VI	Carc. d. Vulva, übergreifend auf das Scheidengewölbe.	—	† 8 Tage p. p.	lebt	Im II. Monat der Gravidität war nur ein harter Knoten am Mittelfleisch	Bayer. Ärztl. Intell.-Bl. 1870, p. 298.
31	James Miller	37	VIII	Ulceriert. Collumcarcinom; die umgebenden Wände 4 cm verdickt u. verhärtet; Fortsetzung linkerseits bis zu. Lig. latum.	Mutter stirbt am normalen Schwangerschaftsende unentbunden.	† s- n.	† totfaul	—	Monthly Journ. April 1844.
32	Michel	40	VIII	Ulceriertes Portiocarcin.	Normale Geburt.	† nach 3 Wochen	† p. p.	—	Württemb. Corresp.-Bl. No. 21, 1845.
33	Hecker	45	XII	Carc. der hinteren Lippe.	Mutter stirbt unentbunden. Unvollkommene Uterusruptur. Wendung und Extraction.	† s. n.	† s. n.	Das Kind lebte noch in partu. Die Sektion der Mutter zeigt sekundäre kleine Krebsknot. auf der Pleura.	Monatsschrift f. G. 31, p. 296.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
34	Mauriceau	—	pluripara	Krebs bis zum inner. Muttermunde.	5 Tage sich hinziehende Geburt; vorzeitiger Blasensprung.	lebt	†	Mutter stirbt nach 3 Monat. Die Geburt erfolgte im VIII. Schwangerschaftsmonat.	Observ. sur le grossesse, tom. II. Obs. p. 265.
35	Lee	—	—	Ulceriert. Collumcarcinom.	Anwendung d. Hebels.	†	†	Ruptur des Cervix. Die Geburt erfolgte im VII. Monate.	Guy's Hosp. Reports 1842, April.
36	Derselbe	—	—	Ulceriertes Carc. des Cervix und Os.	40stündige Geburtsdauer. Perforation des Kindes.	† a. folgenden Tage.	† s. n.	Uterushals zerrissen.	s. bei Menzies.
37	Derselbe	—	—	Ulceriert. Encephaloid.	Geburt im VII. Monat.	lebt	†	Tod der Mutter nach VI Monat.	—
38	Hesse	40	XII	Exulceriertes Carc. d. Muttermundes u. Halses m. vollständiger Zerstörung der hinter. Lippe und Übergang auf d. Scheide.	Vorzeitiger Blasensprung. Wiederholte manuelle, aber vergebl. Ausdehnungsversuche des Muttermundes. Mutter stirbt unentbunden.	†	†	Das Kind lebte noch in partu. Das Carc. entwickelte sich nach der letzten Entbindung infolge von Endometritis.	Archiv v. Horn und Nasse. November 1832.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
39	Macdonald	34	I	Carc. im Anfangsstadium.	Incision. Erfolgloser Versuch zur Wendung und dann zur Zangenextraktion. Kephalotrypsie.	† am 5. Tage p. p.	† s. n.	Die Incisionen waren in den Uteruskörper gedrungen, der Tod erfolgte an Peritonitis.	Edinb. med. Journ. Febr. 1868, p. 767.
40	Bartholinus	—	—	Uterus vom Fundus bis z. Muttermunde scirrhös entartet.	Nach 3täg. Kreißen Kaiserschnitt.	† am folgenden Tage.	—	Uterusruptur. Kind außerhalb des Uterus.	De insolitis partus viis 1664. Cap. III, S. 21.
41	Abegg	41	XI	Carc. d. Portio mit verbreiteter krebsig. Infiltration des Uterusparenchymes.	Uterusruptur. Extraction des in Fußlage befindlichen Kindes.	†	†	Tod der Mutter an Peritonitis. An der Hinterwand des Uterus ein ziemlich großes Fibroid.	Monatsschrift f. G. 25, p. 27.
42	Stricker	40	V	Ulceriert. Portiocarcinom.	Vorzeitiger Blasensprung. Schleppender Geburtsverlauf, Wendung auf den Fuß und Extraction.	† nach 3 Tagen.	†	Das Kind lebte n. in partu. Das exulzerierte Carc. bestand schon vor der Gravidität.	Diss. inaug. med. Berlin 1820, p. 22.
43	Desormeaux	—	—	Portiocarcin. (vord. Lippe !)	Geb. langs. u. schwier. Die Erweiter. d. Muttermund. erfolgte ledigl. auf Kost. d. hint. Lippe.	† kurze Zeit p. p.	—	—	Bd. V, p. 170.

No	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
44	L. J. Boër	—	—	Collumcarc.	Leichte Geburt.	lebt	lebt	Vollkommener Stillstand des Leidens in der Gravidität.	Abhandl. geb. Inhalts. Wien 1810.
45	Derselbe	—	—	Carc. colli et corp.	Normale Entbindung.	lebt	lebt	Stillstand des Leidens in der Gravidität. Tod der Mutter nach wenig. Monat.	
46	Levret	—	—	Vom orificium ut. ausgehender, d. Scheide ausfüllender, faustgroßer Tumor.	Geburt im VII. Monat nach 3×24 Stunden.	† 6 Tage p. p.	lebt	—	Essai sur l'abus etc., art. XIII, p. 161.
47	Derselbe	—	—	Carc. colli.	Abort im 3. Monat.	lebt	—	Mutter lebt noch 1 Jahr. Frucht verfault.	
48	Derselbe	—	—	Carc. colli.	Abort nach 4½ Monat.	lebt	—	Mutter lebt noch 2 Jahre. Frucht verfault.	
49	Derselbe	—	—	Carc. colli.	Leichte Geburt am normalen Ende.	lebt	lebt	—	

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
50	Chiari, Braun und Späth	33	VII	Carc. medullare d. Halses und unteren Teiles d. Körpers, hintere Cervicalwand ganz verjauch.	Vorzeitiger Blasensprung. Schulterlage. Der feste, den vorgefallenen Arm umgebende Muttermund springt von selbst, Wendung u. Extract.	† am 18. Tage p. p.	—	Uterusruptur. Das Carcinom bestand schon 1 Jahr vor Eintritt der Gravidität.	Klinik d. Gebh. u. Gynäk., p. 187
51	G. W. Stein	35	VI.	Carc. des unteren Uterussegmentes u. d. ganzen Fundus vaginae.	Lang sich hinziehende Geburt. Vorzeitiger Blasensprung. Aderlaß. Ausdehnung des Muttermundes mit dem Finger, Incisionen, Zange.	lebt	†	Auffallend ist, daß die Mutter am Leben blieb, trotz einer Uterusblasenfistel und Uterusruptur. Kind lebte noch in partu.	Die Lehranstalt d. Geburtshülfe zu Bonn, 1823, Elberfeld, p. 163
52	Ph. Michaelis	40	pluripara	Blumenkohl d. portio.	Abort im V. Monat.	† bald p. p.	† s. n.	Gar keine Beschwerden in der Gravidität.	Loders Journ. tom. III, p. 639
53	Simon	—	pluripara	Carc. port.	Geburt im VIII. Monat nach 5täg. Kreißen.	† p. p.	†	Das Carcinom bestand schon bei der vorhergegang. Geburt.	Mém. de l'Acad. de Chirurg. tom. V, p. 338.
54	Mackenzie	—	—	Collumcarcin. Vordere Rektumwand mitergriffen.	Abortus arteficialis in der 14. Schwangerschaftswoche.	Erholt sich schnell	—	—	Trans. of the obstet. Soc. I, p. 11, 1860.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
55	Joerg	33	V	Uleriert. Collumcarcinom. Verhärtung d. unter. Uterussegmentes.	Mühsame Ausstoßung einer Viermonatsfrucht.	†	—	—	Schrift zur Beförderung d. K. des Weibes, I. T.
56	Oswald	—	VIII	Carc. port. et vag.	Wehen treten in der Gravidität ein und hören gänzlich wieder auf. Mutter stirbt plötzlich unentbunden in der 24. Woche der Gravidität.	—	—	—	Siebold's Journ. Bd. V, p. 156.
57	Merriman	—	—	Ulceriert. Encepholoid des Os.	—	† 6 Wochen p. p.	lebt	—	bei Menzies.
58	Derselbe	—	--	Carc. port.	—	†	lebt	—	
59	M. J. Brown	—	—	Ulceriertes Carc. colli.	44 Stunden Geburtsdauer am Ende d. VII. Monats. Wendung.	† p. p.	†	—	ebenda.
60	M. Butler	—	—	Carc. port.	84 Stunden Geburtsdauer. Zange.	lebt	lebt	—	ebenda.
61	Hugenberger	38	X	Ulceriert. Portiocarcinom.	Eröffnung des Muttermundes nach 96stünd. Geburtsarbeit.	—	† nach 3 Tagen	Mutter wurde transferiert.	Petersb. med. Ztg., IV. Bd., p. 119.
62	Derselbe	27	V	Großes Carc. medullare d. Portio.	Spont. Anschließend unstillbare Blutung.	†	lebt	Das Gewicht d. Frucht betr. 5500 gr. Uterusriß.	

No	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
63	d'Outrepont	—	—	Carc. port.	Glückl. Entbindung am normalen Ende.	lebt	lebt	Pat. wird nach dieser Entbind. 3 Jahre nacheinander schwanger, abortiert aber jedesmal im IV. Monat.	Gemeinsame deutsche Zeitschrift v. Busch etc. IV, p. 53.
64	Spiegelberg	37	III	Carc. port. (vord. Lippe).	Abtrag. eines großen Teiles der vorderen Lippe mit d. galvanokaustischen Schlinge. Inzisionen in den Muttermund, Forceps.	† am 7. Tage p. p.	†	Das Kind stirbt einige Tage nach d. Geburt an Trismus.	In Dietrichs Diss.inaug.med. Breslau 1868.
65	Derselbe	38	pluripara	Ausgedehnt., ulceriert. Carc. der hinteren Vaginalwand, Portio u. Cervix.	Steißlage, Extraction, Abreißen des Kopfes der mazeriert. Frucht; Entfernung durch den scharfen Haken, Lösung der Placenta.	† kurz p. p.	† faul	—	
66	Oldham	33	V	carc. port. et cerv.	Steißlage, Verschleppung der Geburt. Plötzlicher Tod der Mutter in partu (unentbunden).	† s. n.	† faul	13 cm langer Uterusriß.	London Journ. of Medicin, 1850.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
67	Oldham	40	pluripara	Ulceriertes Carc. d. Cervix und der hinteren Vaginalwand.	Perforation. Extraction mit dem Haken, dabei Uterusriß.	† 1 Monat p. p.	† s. n.	Pat. litt schon 1 Jahr vor d. Gravidität an Carc. ut., das in der Schwangersch. kein. sehr rasch. Verlauf nimmt.	
68	Derselbe	43	XIII	Ulcerier. Carc. der Cervix u. der hinteren Vaginalwand. Rectovaginalfistel.	Leichte Geburt am normalen Ende.	† 2 Monate p. p.	† totfaul	—	
69	Lever	—	XII	Carc. port. (vord. Rand).	—	Erholte sich	lebt	Ulcer. trat bald nach d. Geb. ein.	bei Menzies u. Pract. Treat, 124
70	Derselbe	—	VIII	Carc. port. (hint. Rand).	60 Stunden Dauer.	Erholte sich	lebt	Schnell. Wachst. d. Krebses p. p.	ebenda.
71	Derselbe	—	III	Carc. port. (vord. Rand).	6 Stunden Geburtsdauer.	Erholte sich	lebt	Krebs nur 4—5 kleine Knötchen bildend.	ebenda.
72	Derselbe	—	IV	Carc. port. (vord. Rand).	14 Stunden Geburtsdauer.	Erholte sich	†	Die Knötchen waren größer.	ebenda.
73	Derselbe	—	V	Carc. port. (vord. Rand).	7 Stunden Geburtsdauer.	Erholte sich	lebt	Abermals Fortschritt d. Krankheit. Fall 71, 72, 73 dieselbe Pat.	ebenda.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
74	Lever	—	II	Ulcerier. Carc. medullare des ganz. Muttermundes.	50 Stunden Geburtsdauer.	lebt	†	Große Scheibe am Os und Cervix während der Geburt abgedrückt. Tod d. Mutter nach 6 Monaten.	bei Menzies u. Pract. Treat, 124
75	Routh	—	—	Ulcerier. Collumcarcinom.	90 Stunden Geburtsdauer. Entbindung durch die Uteruswand	† 5 Tage p. p.	†	Tod der Mutter an Peritonitis.	ebenda.
76	Ramsbotham	—	—	—	Mutter stirbt unentbunden.	† s. n.	† s. n.	—	ebenda.
77	Burdach	30	IV	Ausgedehntes, teilw. ulcerier. Collumcarcin.	—	lebt	†	Tod der Mutter einige Monate p. p.	Med. Zeit v. Ver. f. H. in Preußen No. 51, 1836 Bd. V, 1828, p. 311
78	Derselbe	—	—	Weit vorgeschr. Cer.-carc.	Abort im IV. Monat.	Stirbt	—	—	
79	Meißner	—	—	Groß. Scirrhus d. vord. Lippe.	Abort im III. Monat.	Stirbt	—	—	Forschungen d. 19. Jahrh., IV. Bd., 1833, p. 62
80	Derselbe	—	—	Vorgeschritt. Cervixcarcin.	Spontane, schmerzhafte Geburt im VI. Monat.	lebt	—	—	ebenda.
81	De la Fontaine	—	—	Scirrhus.	Zange und künstliche Lösung der Placenta.	lebt	—	Nachd. dasselbe auch bei einer folg. Geb. hatte gesch. müssen, f. Tod d. Hektik.	ebenda, p. 63.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
82	Ed. C. J. v. Siebold	—	—	—	Extraction am Fuß.	† p. p.	† p. p.	—	ebenda, p. 64.
83	Elias v. Siebold	31	III	Hühnereigrosses, gestieltes Portiocarcin.	Extirpation des Tumors. Wiederholte Tamponade wegen Blutungen.	—	—	Tod der Mutter 3 Monate p. op. Bei der Sektion findet sich im Uterus eine Frucht im VI. Monat.	Journ. für Geburtsh., 3. Bd., p. 49.
84	Derselbe	—	—	Ausgedehntes Carc. der Vagina, Blase u. des Uterus.	Wendung auf den Fuß wegen Befürchtung einer Uterusruptur.	† im Wochenbett	—	—	ebenda.
85	Siebold	—	—	Carc. port.	Normale Geburt.	lebt	lebt	Kurz nach der Entbindg. wird die Frau von neuem schwanger, abortiert im II. Monat u. stirbt einige Monate darauf.	ebenda, p. 57.
86	Derselbe	46	IX	Portiocarcin. im Anfangsstadium.	Vorzeitiger Blasensprung, Aderlaß und erweichende Injektionen. Schieflage der Frucht. Wendung auf den Fuß.	† 4 Tage p. p.	† totfaul	Der Krebs begann mit der vorletzten Gravidität.	Journ. f. Geb., Bd. 7, S. 536.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
87	Derselbe	36	XIV	Carc. d. Portio, übergreifend auf die Vagina.	Scheideninjektionen und Einführen von Schwamm in den Muttermund. Wendung auf den Fuß. Profuse Nachgeburtsblutungen.	† p. p.	† 24 Stund. p. p.	Das Kind ist nicht ganz ausgetragen und zeigt verschied. Mißbildungen.	ebenda, p. 579 u. Diss. inaug. med., Berlin 1826, de scirrho uteri.
88	Sharpless	36	pluripara	Ausgedehntes Carc. des ganzen Collum m. Ulcerationen, des unteren Uterussegmentes, der Vagina und Blase.	Nach wiederholten Venaesektionen spontane Geburt.	† 3 Tage p. p.	†	—	Froriep's Notiz. 1826, Juniheft.
89	Laubreis	30	IV	Ausgedehntes, gangränöses und teilweise ulcerier. Carc. des Corpus u. Collum uteri. Fistula vesico uterina.	Schleppend. Geburtsverlauf. Vorzeitiger Blasensprung. Spontane Einrisse des Muttermundes.	† bald p. p.	†	Kind lebte noch in partu.	Siebold's Journ. Bd. 7, p. 400
90	Derselbe	42	I	Carc. port.	Abort am Ende des 3. Monates.	† 4 Tage p. p.	—	—	ebenda, p. 4 9.

No	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
91	Kilian	—	—	Krebs d. Portio und des unteren Uterinsegmentes.	Entbindung leicht.	† 14 Tage p. p.	lebt	—	Handbuch der Geburtshilfe v. Burns, 1834, p. 112.
92	Wallenstein	40	VII	Apfelgroßer Blumenkohl der Portio.	Geburt im VI. Monat. Incisionen, Zange weg. Wehenschwäche u. Ohnmachten. Entfernung der Placenta erst am folgenden Tag.	lebt	† p. p.	In der Gravidität keine Beschwerden. Tod nach 4 Monaten an Carcinom.	Monatsschrift f. G., VIII, p. 185
93	Cormack	30	pluripara	Blumenkohl der Portio.	Profuse Blutungen in partu. Tamponade. Spontane Geburt.	lebt	lebt	3 Monate p. p. Excision des Carcinoms. 8 Monate p. p. Tod an Recidiv.	London Journ. of Med., 1851, p. 212.
94	Rau	—	IV	Corpus carcinom.	Vorzeitiger Blasensprung, 3 Tage sich hinziehende Geburt, Forceps.	† 3 Tage p. p.	†	Das Carcinom trat nach der II. Entbindung auf.	Siebold's Lucina, V, p. 121
95	Boivin et Dugès	37	pluripara	Kindskopfgroßes Portiocarcinom.	8 Tage sich hinziehende Geburt, künstliche Eröffnung des Tumors.	† p. p.	† totfaul	Das Carcinom hatte sich nach der vorhergegangenen Entbindung entwickelt.	Traité prat. des malad. de l'Utérus, tom. II, p. 55, 1833.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
96	Boivien et Dugès	34	V	Carc. port.	Spontane Geburt; der herabrückende kindliche Kopf drückt den Tumor bis vor die äußeren Genitialien.	lebt	—	—	ebenda, p. 52.
97	Zeppenfeld	34	IV	Ausgedehnte Blumenkohlgeschwulst d. Portio, übergreifend auf Blase, Rectum und Vagina.	Incisionen in den Muttermund, Wendung und Extraction eines 7 Monate alten Foetus.	† nach 4 Stund.	†	In der Gravidität heftige Schmerzen in der Kreuzgegend, Blasenlähmung und Febris hectica.	Diss.inaug.med. Berlin 1828.
98	d'Outrepont	34	I	Großes Collumcarcinom, auf Rectum u. Blase übergreifend.	Mit dem Beginn der Wehen plötzlicher Tod. Uterusruptur.	† s. n.	† s. n.	—	Abhandlg. und Beitr. geb. Inh. Teil I, p. 276.
99	Clarke	—	IX	Carc. port.	In partu heftige Blutungen, lang dauernde Geburt, spontan beendet.	† am 3. Tage p. p.	†	In der Gravidität reichlich blutiger (bei Bewegungen) und wässriger Ausfluß.	On discharges, Part. II, p. 57.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
100	Michaelis	Mitte der 30 er	VII	Carc. part.	Entfernung des Tumors mit der Scheere; Schieflage der Frucht, Wendung	s. n.	† totfaul	Im Wochenbett rapides Wachstum des Tumors Tod der Mutter am Fungus ventriculi.	Neue Zeitschr. f. G., IV, p. 176.
101	Hachmann	32	pluripara	Carc. port.	Normale, 16 stündige Geburt.	† nach einigen Wochen	lebt	Das Kind stirbt einige Tage nach der Geburt an Convulsionen. In der Gravidität hatte das Carc. gar keine Fortschritte gemacht; erst p. p. Exulceration.	Siebold's Journ. Bd. XV, p. 626.
102	Hedrich	40	IX	Carc. port.	Incisionen, Zange.	† nach 3 Monat.	† nach 9 Tagen.	Mutter stillte noch.	Neue Zeitschr. f. G., XV, p. 474.
103	Derselbe	—	—	Carc. port.	Normale Geburt, 3 Wochen zu früh.	† nach 3 Woch.	†	—	ebenda.
104	Loewenhardt	43	XI	Carc. colli im Anfangsstadium	3 Tage sich hinziehende Geburt, Schieflage der Frucht, Wendung.	† p. p.	†	Uterusruptur.	ebenda, XII, p. 389.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
105	Spaeth	29	IV	Großes Blumenkohlcar. der Portio.	8 Tage nach Excision des Tumors Blasensprung. Steißlage. Normale Geburt bis auf die manuelle Kopfentwickelung. 8 monatlicher Fötus.	lebt	† p. p.	Die sehr starken Blutungen in partu lassen bei ruhigem Verhalten nach.	Wochenblatt d. Zeitschr. Wien. Aerzte, No. 14, 1855.
106	Puchelt	—	pluripara	Carc. colli.	Normale Geburt.	lebt	lebt	—	De tumoribus in pelvi. Heidelberg 1840, p. 78.
107	Derselbe	30	—	Carc. colli.	Leichte Geburt am normalen Ende	lebt	†	—	ebenda.
108	Derselbe	—	pluripara	Carc. colli.	Geburt im 8. Monat nach 7 tägig. Kreißen.	† bald p. p.	†	Das Carc. hatte schon längere Zeit bestanden.	ebenda.
109	Marchand	30	V	Carc. port.	Spontaner Eihautriß im 7. Monat. Schulterlage. Wendung und und Extraction.	lebt	lebt	—	ebenda, p. 77.
110	Danyau	Aeltere	Mehrgeb.	Carc. colli.	Spontane Geburt.	† einige Tage p. p.	† totfaul.	Baudeloque riet in diesem Falle die Hysterotomie, Dubois die exspectative Behandlung.	ebenda.

No.	Autor	Alter	·para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
111	Dobrzensky	—	—	Carc. colli.	Nach 5—6tägiger Geburtsarbeit stirbt die Mutter unentbunden.	† s. n.	†	bei der Sektion.	ebenda.
112	Ex observat. Simonis Tudecis, s. o.	35	VI	Carc. colli.	Nach 4tägiger Geburtsarbeit stirbt die Mutter unentbunden.	†	†	Uterusruptur.	s. n.
113	Fabricius Hildanus	—	—	Kindskopfgroßes Carc. colli.	Nach 6tägig. Kreißen stirbt die Mutter unentbunden.	†	†	Uterusruptur mit Austritt der Frucht in die Bauchhöhle.	ebenda.
114	Littre	38	pluripara	Carc. colli et corp.	Im VII. Monat Geburtsbeginn. Mutter stirbt unentbunden.	†	†		bei Robert, Paris 1849.
115	Brudwell	—	—	Carc. port.	Geburt im VII. Monat, schwierige Entferng. der Nachgeburt.	—	—	—	Exton bei Puchelt, p. 82.
116	Lachapelle	30	pluripara	Carc. port.	Lange Geburtsverzögerung, spontane Geburt.	—	—	—	Pratique des accouch. par An. Dugès. tom. III. Paris 1825, p. 368
117	Dieselbe	—	—	—	42 Stunden dauernde Geburt, tiefe Incisionen. Zange.	—	lebt	—	ebenda, p. 377.
118	Dieselbe	40	—	Carc. port.	4 Tage dauernde Geburt.	lebt	lebt	—	ebenda, p. 370.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
119	Lachapelle	—	VII	Carc. colli.	Geburt im VII. Monat. Am 3. Tage der Geburt Blasensprung. Zange.	—	lebt	Riß in die hintere Muttermundslippe.	ebenda, p. 375
120	Dieselbe	—	I	Carc. port.	Am 3. Tage der Geburt Eröffnung des Muttermundes, der an verschiedenen Stellen spontan eingerissen.	—	†	—	ebenda, p. 369.
121	Dieselbe	—	V	Carc. cervicis et port. Mit geringer Beteiligung der Vagina.	Nach 4 tägiger Geburtsarbeit Eröffnung des Muttermundes. Zange. Die Geburt war im VIII. Monat eingetreten.	† p. p.	†	Gar keine Blutung intra partum. Todesursache Puerperolfieber.	ebenda, p. 371.
122	Dorrington	—	—	Carc. colli.	—	† p. p.	†	—	Provinc. med. and surg. Journ. 1843, 7. Oktbr.
123	Greenhalgh	—	—	Cancroid des Cervix.	Kaiserschnitt.	lebt	—	—	Obstr. Tr. IX, p. 241.
124	Oldham	—	—	—	Kaiserschnitt.	lebt	lebt	Mutter stirbt später an Carcinom.	Guy's Hosp. Reports 1851, p. 426.
125	Scanzoni	—	—	Collumcarc.	Lange Geburtsverzögerung, Blutungen. Mutter stirbt unentbunden	†	†	—	Lehrbuch der Geburtsh., 1867, II. Bd., p. 239.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
126	Scanzoni	—	—	Carc. colli mit Beteiligung d. unteren Uterinsegmentes.	Geburtsverzögerung.	†	†	Mutter stirbt an Puerperalfieber.	ebenda.
127	Derselbe	—	—	Carc. colli.	Blutungen. Geburtsverzögerung. Mutter stirbt unentbunden.	†	†	—	ebenda.
128	Derselbe	—	—	Carc. colli.	Mutter stirbs intra partum.	† s. n.	†	—	ebenda.
129	Derselbe	—	—	Collumcarcin. mit Beteiligung des unteren Uterinsegmentes.	—	†	†	Tod der Mutter an Puerperalfieber.	ebenda.
130	Derselbe	—	—	Carc. colli.	Lange, erfolglose Geburtsarbeit. Mutter stirbt unentbunden.	† s. n.	†	—	ebenda.
131	Derselbe	—	—	Carc. port. et cervicis.	Geburtsverzögerung. Blutungen.	† s. n.	†	Tod der Mutter an Puerperalsepsis.	ebenda.
132	Kiwisch	—	—	Krebsige Infiltration des Cervix.	Abort.	lebt	—	Die Krebsmetamorphose erfuhr keine nennenswerte Beschleunigung	Krankheiten d. Gebärmutter. Prag, 1845, p. 452.
133	Derselbe	—	—	Carc. cervicis.	Abort.	lebt	—	—	ebenda.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
134	Kiwisch	—	—	Cervixcarcin.	Im Geburtsbeginn Gebärmutterriß. Die Mutter stirbt unentbunden.	†	†	—	ebenda.
135	Gönner	41	VIII	Carc. cerv.	Kaiserschnitt u. nachfolgende Freundsche Operation.	† 8 Stunden p. p.	Reifes Kind lebt	Unterbindung des Ureters.	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. X, Heft 1.
136	Derselbe	41	XIII	Carc. cerv. et vag.	Extirpation des Tumors mit Löffel, Zange und Galvanokauter. Forceps.	gesund	gesund	Mutter stirbt 10 Monate p. p. an Carcinom.	ebenda.
137	Derselbe	42	VII	Carc. cervicis.	Künstliche Frühgeburt i. der 35. Woche.	gesund	lebt	Abtragung des haselnußgroßen Carcinoms am 7. Tage des Wochenbettes. Nach 3 Jahren schwanger, normale Geburt.	ibidem.
138	Derselbe	27	II	Carc. cervicis.	Partielle Extirpation vor der Geburt. Thermokauter vor dem Austritt.	lebt	† Asphykt., nicht belebt.	Nach 2 Jahren noch gesund, in dieser Zeit 2 Aborte.	ibidem.
139	Derselbe	38	IV	Carc. serv. et vag.	Extirpation mit Schneidezange a. p. Forceps.	lebt	lebt	Mutter stirbt nach 3 Monaten an Carcinom.	ibidem.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
140	Gönner	38	VI	Carc. cerv. et vag.	Extirpation m. Kneipzange, seitliche Incisionen. Forceps.	lebt	lebt	Stirbt nach 4½ Monaten an Carcinom.	ibidem.
141	Sutugin	32	IX	Carc. progreß. cerv.	Kaiserschnitt nach Porro.	lebt	lebt	Stirbt nach 42 Tagen an Marasmus.	ibidem, Bd. XIX Heft 1.
142	Derselbe	30	VI	do.	do.	stirbt	lebt	Mutter stirbt an Peritonitis am 8. Tag, Kind an Pneumonie nach 2 Monaten.	ibidem.
143	Stratz	42	I	Carc. portionis Lithopädion.	—	geheilt	—	Amput. supravaginalis.	Zeitschrift für Geb. u. Gyn., Bd. XII, Heft 1.
144	Derselbe	41	VI	Carc. port. Graviditas mens. IV.	Ambutat. supravaginalis. Spontaner Abort am 4. Tag.	geheilt	—	—	ibidem.
145	Derselbe	35	VIII	Carc. port. progress.	Abort. mens. IV. Excochleatio.	Zunächst geheilt	—	—	ibidem.
146	Derselbe	40	IV	Carc. cervicis. Gravid. mens. IV.	Amput. supravag. Spontaner Abort am 4. Tag.	geheilt	—	—	ibidem.
147	Derselbe	38	III	Carc. lab. ant. port. vag.	Supravag. Amput. der vorderen Lippe. Abort nach 3 Wochen.	geheilt	—	—	ibidem.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
148	Stratz	27	III	Carc. port. parturiens.	Schädellage. Excochleatio. Forceps.	gesund	lebt	—	ibidem.
149	Derselbe	34	—	Carc. cerv. parturiens.	Spontane Geburt in Schädellage. p. p. amput. port. supravag.	† 7 Tage p. p.	—	—	ibidem.
150	Derselbe	28	II	do.	Schädellage, spont. Geburt. 3 Wochen p.p. amp. port. supravag.	lebt zunächst	lebt	Stirbt 2 Monate p. op. an Carcinom.	ibidem.
151	Derselbe	28	III	do.	Sectio caesarea. Freundsche Operat.	† 1 Tag p. op.	† Asphyct.	—	ibidem.
152	Derselbe	42	X	Carc. cerv. progreß.	Querlage. Tympania ut. Fieber 39. Wendung u. Extraction.	†	† totfaul	—	ibidem.
153	Frommel	42	IX	Carc. cerv. progreß.	Sectio caesarea (1879)	† 2 Tage p. op.	lebt 2 Monate	—	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. V, Heft 2.
154	Derselbe	36	III	do.	Querlage. Auslöffelung des Tumors mit dem Finger. Wendung. Extraction.	lebt zunächst	† totfaul	Stirbt nach 1 Monat an Carcinom.	ibidem.
155	Teuffel	—	XIII	Carc. prog.	Sectio caesarea nach Sänger.	gesund entlassen	lebt	Mutt. stirbt nach 3 Woch. an Blutung, Kind stirbt nach 2 Wochen an Krämpfen.	Archiv f. Gyn., Bd. 36, Heft 2.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
156	Pfannkuch	42	XII	Carc. port. et vag.	Am Ende der Gravidität stirbt die Mutter unentbunden ohne Wehen.	†	†	—	Archiv f. Gyn., Bd. VII, Heft 1.
157	Schröder	—	—	Carc. progr. cerv. et ut. part. infer.	Sectio caesarea und Freundsche Operation nach längerer Geburtsdauer.	†	† Asphyct.	Mutter stirbt nach 5 Stunden an Peritonitis.	Centralblatt für Gyn. 1886, p. 10.
158	Zweifel	32	VII	Carc. port.	Freundsche Op. im VI. Monat der Gravidität.	gesund	†	—	Centralblatt für Gyn. 1889, No. 12
159	Felsenreich	32	IV	Carc. lab. post.	Amput. lab. post. im IV. Monat. Am Ende der Gravidität spontane Geburt.	†	lebt	Tod am 19. Tage an Peritonitis. Lymphdrüsencarcinom.	Wiener med. Presse 1883, 34.
160	Derselbe	30	VII	Carc. colli.	Excochleatio. Wendung, Extraction.	lebt	lebt	Excision des collum unmittelbar p. p. Nach 5 Monaten noch gesund.	ibidem.
161	Derselbe	—	—	Apfelgroßer Blumenkohl der Portio.	Spont. Abort. IV. mens.	lebt gesund entlassen s. n.	—	In der 5. Woche des Puerperiums Amputation der Portis. Nach 3 Jahren recidivfrei.	ibidem.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
162	Felsenreich	39	III	Carc. cerv. et vag.	Spontane Frühgeburt. Porros Op.	†	Lebend geboren, † nach 1/4 Stunde.	Mutter stirbt am 7. Tage an Peritonitis. (Operateur: Dr. Pritzl.)	ibidem.
163	Porak	—	—	Carc. colli.	Conservativer Kaiserschnitt.	lebt	lebt	—	Revue obst., 1891, April.
164	Jeannel	—	—	Carc. colli et vaginae.	do.	lebt zunächst	lebt	Mutter stirbt am 18. Tage an Erschöpfung.	L'abeille méd., 1891, April.
165	Helbig	—	—	Carc. cerv.	Grav. Mens. VI.	†	†	Kam pyämisch in die Anstalt mit ulceriertem Carc.	J.-D. Greifswald, 1889.
166	Derselbe	30	—	Apfelgr. Carc. lab. ant.	Amput. lab. ant. Nach einigen Tagen Abort eines fingerlangen Fötus.	geheilt	—	—	ibidem.
167	Derselbe	36	IV	Taubeneigr. Carc. lab. post.	Ambut. lab. post. ohne Unterbrechung der 5 monatlichen Grav.	geheilt	—	—	ibidem.
168	Drude	32	IX	Faustgr. Carc. port.	Amput. supravag. im 4. Monat der Gravid. Abort am 4. Tage p. op.	geheilt	†	Septische Infection mit Ausgang in Heilung.	J.-D. Erlangen 1889.
169	Derselbe	31	VI	Gänseeigr. Carc. port.	Ambut. supravag. im IV. Monat der Grav. Abort 17 Tage p. op.	geheilt	†	—	ibidem.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
170	Clauß	35	VI	Carc. port.	Im 6. Monat der Grav. Einleitung der künstlichen Frühgeburt.	geheilt	†	Nach 6 Tagen Pacquelin auf das Carc.	I.-D. Tübingen, 1890.
171	Derselbe	40	IX	do.	Tympania ut. Porros Op.	†	lebt	Tod nach 4 Tagen.	ibidem.
172	Derselbe	31	V	Carc. cerv. et vag.	Spont. Frühgeburt im V. Monat.	lebt	†	—	ibidem.
173	Derselbe	38	VII	Carc. lab. ant.	Abort. artific. im V. Monat wegen starker Blutungen.	lebt	†	—	ibidem.
174	Wiener	37	V	Gänseeigr. Blumenkohl d. hint. Lippe u. d. Fornix.	Abtragung mit dem Thermokauter am Ende der Grav. 3 Tage danach Wehen, spont. Geburt.	lebt	lebt	Nach 4 Wochen Recidiv.	Breslauer Ärztl. Zeitschr., 1880, 4.
175	Sp. Wells	37	VI	Epitheliom des Cervix.	Totalextirpation des Utertus im VI. Graviditätsmonat.	lebt	†	Nach 1 Jahre Recidiv.	Diagnose etc. der Unterleibsgeschwülste.
176	Billroth	37	—	Carc. cerv. et vag.	Totalextirpation.	lebt	†	Blasenscheidenfistel.	Mitgeteilt von S. Wells, ibidem.
177	Mendes de Leon	32	VII	Carc. cerv.	Sectio caesarea Sänger.	†	lebt	Mutter stirbt am 6. Tage, wahrscheinlich an Peritonitis.	Nederl. Tijdschr. vor Geneesk., 1888, No. 2.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
178	Perschin	—	—	Carc. lab. ant.	Spont. Geburt. Extirp. lab. ant. Nach 6 Monaten Recidiv a. d. hinteren Lippe. Totalexstirpation per vaginam.	Heilung	—	—	Frommels Jahresbericht pro 1890.
179	Munk	—	—	Carc. cerv. inop.	Sängerscher Kaiserschnitt (Operateur Schauta).	Heilung	lebt	—	Prager med. Wochenschr., 1890, No. 43.
180	Münchmeyer	38	XI	Carc. d. Cervix u. d. Parametrien.	Porros Operation (Operateur Leopold).	lebt	† (vorher).	—	Archiv f. Gyn., Bd. 37, Heft 2.
181	Valenta	—	VII	Carc. d. Portio u. d. Fornix.	Perforation. Kranioklasie.	†	†	—	ebenda, Bd. 10, p. 405.
182	Benicke	34	VII	Carc. cerv.	Normale Frühgeburt, verursacht durch die Excochleatio während der Schwangerschaft.	lebt	lebt	Das frühgeborene Kind stirbt nach einigen Tagen, Mutter hat bald Recidiv.	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 1, Heft 2.
183	Derselbe	—	IV	do.	Excochleatio im 5. Graviditätsmonat. Spontane Entbindung am normalen Ende der Gravidität.	lebt	lebt	Baldiges Recidiv.	ibidem.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
184	Benicke	—	III	Carc. lab. post.	Entfernung der carc. Lippe mit dem Ecraseur in der Gravidität. Danach Abort.	gesund	†	—	ibidem.
185	Derselbe	30	II	Carc. port.	Entfernung des Tumors mit Scheere und Löffel am Ende der Gravidität; nach 5 Tagen spontaner Partus.	lebt	lebt	Bald Recidiv	ibidem.
186	Derselbe	30	II	do.	Amputation der Portio im 5. Graviditätsmonat. Danach Abortus.	lebt	†	—	ibidem.
187	Derselbe	—	—	Vorgeschritt. Carc. d. Cervix u. d. Vagina.	Spontane Entbindung.	lebt	†	—	ibidem.
188	Schröder	—	—	Carc. port.	Amput. port. im V. Monat der Gravidität. Spontane Entbindung am normalen Ende.	lebt	lebt	Mutter stirbt 6 Wochen p. p. plötzlich.	Lehrbuch, V. Auflage.
189	Loehlein	43	V	Gänseeigr. Carc. der hinteren Lippe.	Spontaner Partus 4 Wochen vor dem Ende der Grav. Forceps.	lebt	lebt	Vaginale Totalextirpation in puerperie, Genesung.	Centralblatt f. Gynäkologie, 1891, No. 10.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
190	Floël	32	II	Beginnendes Carc. der Cervixmucosa.	Perforation wegen Wehenschwäche. Kranioklasie.	lebt	† s. n.	Vaginale Totalexstirpation in puerperio. Genesung.	ibidem, 1891, 32.
191	Savory.	—	—	Carc. cerv.	Entfernung des Carc. mit dem Ecraseur. Ungestörte Gravidität, spontaner Partus.	lebt	lebt	Recidiv. neue Conception, spontaner Partus im VII. Monat. Tod 13 Tage p. p.	Obst. Transact. XVII, 2.
192	Godson	35	IX	Carc. port.	Entfernung des Carc. mit dem Ecraseur im VII. Monat der Grav. Normaler Partus am Ende der Zeit.	lebt	lebt	—	vide Benicke l.c.
193	Bogdanik	40	XIII	Carc. cerv. et vag.	Sängerscher Kaiserschnitt am Ende der Gravidität.	lebt	lebt	Mutter stirbt nach 15 Tagen infolge des Carc.	Centralblatt f. Gyn., 1892, No. 6.
194	Möller	35	VII	Carc. port. et vag.	Sectio caesarea und Totalexstirpation nach Freund.	lebt	lebt	Operateur Prof. Fritsch.	ibidem.
195	Cittadini	—	—	Carc. corporis et colli.	Grav. mens. III. Enchondrom im kleinen Becken. Freundsche Totalexstirp.	lebt	—	—	ibidem, No. 17.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
196	Zweifel	—	—	—	Freundsche Totalexstirpation d. Uterus gravidus.	†	—	—	Lehrbuch der Geburtshilfe.
197	Derselbe	—	—	—	do.	†	—	—	ibidem.
198	Averdam	38	—	Apfelgr. Portiocarcinom.	Sehr verzögerter Partus; spontan. Ablauf.	lebt	† intra p.	Mutter stirbt nach 7 Monaten an Carcinom.	I.-D. Würzburg, 1875.
199	Taylor	41	IX	Carc. port.	Vag. Totalexstirp. ut. grav. mens. II.	lebt	—	—	Med. Record, 1891, 18. Febr.
200	Stocker	36	IX	—	Freundsche Totalexstirpation im VI. Monat der Gravidität.	geheilt	†	—	Centralblatt f. Gyn., 1892, No. 32
201	Publiziert in Revoista medic. de Mexico.	—	—	Carc. ut. et vag.	Sectio caesarea Sänger.	†	lebt	—	ref. in Frommels Jahresbericht f. 1892, p. 361.
202	Gueniot	—	—	Vorgeschrittenes Carc. d. Portio.	Sectio caesarea Sänger.	—	lebt	—	ref. in Frommels Jahresbericht f. 1892, p. 359.
203	Schultz	38	—	Carc. port. et parametr. sin.	Carc. per vag. mit Ecraseur entfernt, dann Porro (Operateur Weerth).	lebt	lebt	—	I.-D. Kiel, 1893.
204	Derselbe	32	VI	Carc. lab. post.	Sectio caesarea mit sofort. Totalexstirp. des Uterus (Operateur Weerth).	lebt	lebt	Stirbt nach 2 Jahren an Pleuracarcinom.	ibidem.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
205	Engström	—	IX	Carc. cerv.	Forceps bei für 3 Finger durchgängig. Muttermund.	lebt	—	Geschwulst wächst rapid.	ref. in Frommels Jahresbericht f. 1887, p. 103.
206	v. Lusk	—	—	Vorgeschrittenes Carc. d. Cervix, Blase u.d. Parametr.	Sectio caesarea Sänger.	lebt	lebt	Stirbt nach 2 Monat. an Carcinom.	ibidem, p. 221.
207	v. Heinricius	40	VIII	Carc. progreß. lab. ant.	Partus spontan. Kind 2250 g schwer.	lebt	lebt	Nach 2½ Monat. Amp. port. Tod nach ¾ Jahren.	Frommels Jahresbericht, 1888, p. 126.
208	Merkel	40	V	Carc. progreß. Cerv. et fornic.	Sectio caesarea Sänger nach 16stünd. Wehen.	†	lebt	Mutter stirbt am 8. Tage p. o. an Peritonitis.	Münch. med. Wochenschr., 1889.
209	Derselbe	40	VIII	do.	Incisiones, Zange. Mutter blutet aus tiefen Einrissen.	lebt	†	Stirbt nach 2 Jahren an Carcinom.	ibidem.
210	Beaucamp	—	—	Carc. port.	Porro (Operateur Frank).	lebt	Zwillinge 1 lebt 1 †	—	Archiv f. Gyn., Bd. 33, Heft 2.
211	Bechmann	37	VII	Carc. progreß. port. et cerv.	Konservativer Kaiserschnitt (Operateur Zweifel).	†	lebt	Mutter stirbt am 3. Tage an Peritonitis.	Berl. klin. Woch. 1877, 21.
212	Bitter	36	VIII	Blumenkohl der Portio.	Amput. der Portio. Nach 2 Wochen Abort mensis IV.	lebt	—	Mutter stirbt nach 1 Jahre an Carcinom.	Deutsche med. Wochenschr., 1879, No. 16.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
213	Schäfer	43	VI	Carc. progreß. cerv. et vag.	Kaiserschnitt (Operateur Spiegelberg).	†	lebt	Mutter stirbt am 2. Tage p. oper. an Verblutung aus d. Uterus.	I.-D. Breslau, 1876.
214	Klingelhöfer	37	V	do.	Sectio caesarea Sänger.	†	lebt	Mutter stirbt nach 6 Tagen an Peritonitis.	I.-D. Marburg, 1888.
215	Heilbrunn	38	VI	do.	Perforation des vor der Geburt abgestorbenen Kindes.	†	† s. n.	Mutter stirbt nach 4½ Woch. an Puerperalfieber.	I.-D. Würzburg, 1884.
216	Schmidt	34	VIII	Carc. port.	Extraction des totfaulen Kindes mittelst Knochenzange.	lebt	† s. n.	—	Aerztl. Intell.-Blatt, 1883, p. 349 u. f.
217	Derselbe	41	IX	Carc. port.	Wendung und Extraction.	†	†	—	ibidem.
218	Derselbe	—	VII	Carc. port. et vag.	Abtragung eines Teils des Tumors mit der Scheere. Forceps.	†	lebt	Mutter stirbt unter Fieber u. Harnabfluß.	ibidem, 1884, p. 533.
219	Deppisch	29	V	Carc. d. Cervix u. d. unter. Uterusabschnitt.	Spontane Entbindung.	lebt	†	—	I.-D. Würzburg, 1887.
220	Salzmann	39	IX	Carc. cervic. progreß.	Sectio caesarea nach Sänger.	†	†	Mutter stirbt 2 Tage p. o. an Peritonitis.	I.-D. Königsberg, 1890.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
221	Salzmann	32	II	Carc. port.	Spontane Entbindung.	lebt	†	—	ibidem.
222	Derselbe	37	VI	—	—	—	—	Behandlg. der Blutungen in der Gravidität durch Tampons mit gut. Erfolg.	ibidem.
223	Ehrendorfer	35	III	Carc. port. et vag.	Sectio caesarea.	†	Zwillinge leben	Mutter stirbt am Tage p. op. an Peritonitis.	Archiv f. Gyn., Bd. 20, Heft 1.
224	Olbrich	33	VII	Carc. progreß. port. et vag.	Stirbt unentbunden im VI. Graviditätsmonate an Pyämie.	†	†	—	I.-D. Greifswald, 1887.
225	Derselbe	30	VIII	Apfelgroßer Tumor der vorder. Lippe.	Amputatio infravaginalis lab. ant. Abort.	lebt	†	—	ibidem.
226	Ruttledge	35	VII	Carc. cervic. et fornicis.	Spontaner Abort im VI. Monat. Zange.	lebt	Lebt 12 Stund.	Mutter stirbt nach 6 Wochen im Anschluß an eine Excochleatio an Peritonitis.	I.-D. Berlin. 1876.
227	Derselbe	41	XIII	Carc. progreß. cerv. et fornic.	(„Alter“) Kaiserschnitt.	†	lebt	Mutter stirbt am VII. Tage an Peritonitis.	ibidem.

No	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
228	Ruttledge	30	V	Carc. lab. post. et fornicis.	Kephalotripsie des nachfolgenden Kopfes.	lebt	†	Mutter stirbt nach 1/4 Jahr an Carcinom.	ibidem.
229	Derselbe	26	III	Carc. lab. post.	Abtragung mit Ecraseur, danach Abort. VI. mens.	lebt	†	—	ibidem.
230	Derselbe	30	II	do.	Entfernung des Tumors mit Curette im IX. Monat; nach 5 Tagen spontane Geburt.	lebt	lebt	—	ibidem.
231	Derselbe	30	II	Beginnendes Carc. port.	Amput. port. Nach 3 Tag. Abort. mens. IV.	lebt	†	—	ibidem.
232	Vianden	38	V	Carc. port.	Amput. port. Nach 4 Tag. Abort. mens. VI.	lebt	†	—	I.-D. Bonn, 1880.
233	Derselbe	32	IV	Carc. lab. post.	Amput. port. im IV. Monat. Später noch 2malige Exstirpation von Recidiven. Portus mittelst Forceps am normalen Schwangerschaftsende.	lebt	lebt	—	ibidem.
234	Mohr	—	—	Ganz kleines Carc.-Knötch. der Portio.	Keilförmige Excision d. Muttermundslippe in der Gravidität. Später spont. Geburt.	lebt	lebt	—	I.-D. Halle, 1889.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
235	Thiem	41	X	Carc. port.	Vaginale Totalexstirpation im III. Monat.	lebt	—	Mutter stirbt nach $2^{3}/_{4}$ Jahren an Recidiv.	Frauenarzt, Juli 1886.
236	Landau	32	IV	—	Vaginale Totalexstirpation uteri grav. mens. II.	lebt	—	—	Archiv f. Gyn., Bd. 29, H. 3.
236	J. Greig	44	IX	Blumenkohl der Cervix.	do.	lebt	—	—	Smith Bristol Lancet, 1887, I, p. 14.
237	Hofmeier	36	III	—	Vag. Totalexstirp. ut. grav. mens. III.	lebt	—	—	Deutsche med. Wochenschrift, 1887.
238	Brennecke	38	VIII	Carc. der vorderen Cervicalwand.	Vag. Totalexstirp. ut. grav. mens. II.	lebt	—	—	Mohrs I.-D., Halle, 1889.
239	Derselbe	33	V	Carc. der hinteren Cervixwand und des hinter. Fornix.	Vag. Totalexstirp. ut. grav. mens. III.	lebt	—	—	ibidem.
240	Kaltenbach	39	XI	Carc. port.	Vag. Totalexstirp. ut. grav. mens. IV.	lebt	—	—	ibidem.
241	v. Fritsch	42	IX	Carc. lab. ant.	Freundsche Totalexstirpation im VII. Monat.	lebt	†	—	Deutsche med. Wochenschrift, 1893, p. 1185.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
242	Mackenrodt	—	—	—	Vaginale Totalexstirpation.	lebt	—	—	Archiv f. Gyn., Bd. 44, Heft 3, p. 568.
243	Derselbe	—	—	—	Freundsche Operation.	lebt	—	—	ibidem.
244	Derselbe	—	—	—	do.	†	—	—	ibidem.
245	Derselbe	—	—	—	do.	†	—	—	ibidem.
246	v. Snegireff	—	—	—	Porro	†	lebt	—	bei Sutugin, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 19, Heft 1.
247	Krassowsky	—	—	—	Porro	†	lebt	—	ibidem.
248	Bileted	44	X	Carc. cerv. et vag.	Thermokauter während der Gravidität. Extraction des toten Kindes mittelst Forceps.	lebt	†	—	Centralblatt f. Gyn., 1884, No. 8.
249	Derselbe	39	IX	Carc. cerv. et parametr.	Wendung nach vergeblichem Zangenversuch.	lebt	—	—	ibidem.
250	v. Fischer	28	IV	Carc. port.	Blutige Incisionen.	†	lebt	Mutter stirbt nach 12 Stunden an akuter Anämie.	Centralblatt f. Gynäk., 1885, No. 43.
251	Berthod	—	—	do.	Künstl. Frühgeburt im VI. Monat. Querlage. Wendung.	lebt	†	Vaginale Totalexstirpation 24 Tage p. p.	Centralblatt f. Gynäk., 1887, No. 29.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
252	Berthod	—	VIII	Carc. progreß. cerv. et vag.	Stirbt im VII. Monat der Gravidität an Peritonitis. Kaiserschnitt 1 Stunde nach dem Tode.	†	†	—	ibidem.
253	Bousquet	35	XI	Carc. d. Cervix u. d. Schleimhaut d. Corpus uteri.	Nach 19tägig. Wehentätigkeit seitl. Incisionen und Extrction des abgestorb. Kindes.	†	†	Perforierender Querriß im unteren Uterussegment.	l'Abeille méd., 1889, No. 31.
254	Simpson	—	—	Carc. d. Cervix, Vagina, Blase u. d. Rectums.	Stirbt unentbunden im IV. Monat der Gravidität an Erschöpfung.	†	†	—	Edinburg obst. soc. Tr., 1879, V., p. 2.
255	Doléris	33	VII	Carc. cerv.	Spontaner Abort im VI. Monat.	lebt	†	—	in Lance Briand Thèse de Paris, 1885, p. 30.
256	Hugenberger	27	IV	Carc. lab. post.	Spontane Entbindung.	†	lebt	Zerreißung des Cervix, die sich auf das Corpus erstreckt.	Pet. med. Zeitschrift, Bd. IV, p. 19.
257	Lieven	39	IV	Carc. cerv.	Nach 15tägig. Wehentätigkeit stirbt die Frau unentbunden.	†	†	Wahrscheinlich Uterusruptur.	Pet. med. Wochenschrift, 1879, p. 294.

No	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
258	Schmitt	—	IX	Carc. d. Cervix u. d. unteren Uterinsegmentes.	Versuch d. Zerstückelung des toten Kindes mißlingt. Physometra. Die Gravidität hatte 10 Monate gedauert. Wendung.	†	†	Mutter stirbt an Septicämie.	Arch. Tocol, 1876, p. 111.
259	Bar	—	—	Carc. progreß. cerv. et vag.	Frühgeburt im VII. Monat. Rascher Verlauf trotz hochgradig. Stenose des Muttermundes.	lebt	lebt	—	Thèse de Paris 1886, p. 85.
260	Derselbe	34	—	Carc. umgreift $^3/_4$ der Portro.	Spontane Frühgeburt im 8. Monat.	lebt	lebt	—	ibidem.
261	Derselbe	—	--	—	Amput. port. mit Galvanokauter; rasche Entbindung v. einem 7monatlichen Fötus. 15 Stunden p. op.	†	† nach einigen Stunden.	Mutter stirbt nach einigen an Peritonitis.	ibidem.
262	Martel	37	VI	Carc. progreß. cerv. et vag.	Spontane Frühgeburt im VIII. Monat.	lebt	†	—	Arch. Tocol. 1877, p. 745.
263	Galabin	35	IX	Carc. progreß. cerv. et parametr.	Spontane Frühgeburt im VI. Monat. Kaiserschnitt weg. absoluter Gebärunfähigkeit.	† 15 Stund. p. o.	†	Nach mehrtäg. Wehentätigkeit absolut keine Eröffnung des Collum.	Tr. of the. obst. soc. of London, Vol. 18, p. 286.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
264	Freudenberg	35	IV	Carc. cerv.	Spontane Geburt.	lebt	†	—	Am. Journ. of obst. 1877, p. 462.
265	Decrozant	42	—	do.	Kompliziert mit einer seit mehreren Jahren zum Stillstand gekommenen Extrauterinschwangerschaft von 5 Monaten.	†	—	—	Bull. soc. anat. 1884, p. 260.
266	Welponer	29	X	do.	Amput. colli im V. Monat, danach Abort. Extraction des Fötus mit dem Kranioklast.	†	†	Einriß im Collum, Tod nach 5 Tagen.	Wien. med. Pr. 1880, 6, VI.
267	Hermann	29	X	do.	Unterbrechung der Gravidität wegen starker Blutungen im VI. Monat.	lebt	†	Mutter stirbt nach 7 Monaten an Carcinom.	Trans. L. obst. V, 20, p. 193.
268	Galabin	25	VI	do.	Künstl. Frühgeburt weg. absoluter Gebärunfähigkeit. Extraction mit dem Kranioklast.	†	†	Mutter stirbt an Pyämie am 6. Tage.	Obst. Tr. 23, p. 186.
269	Godson	35	—	Carc. port.	Amputatio mit dem Ecraseur. Nach 13 Tagen Abort im II. Graviditätsmonat.	lebt	—	Der Abort war durch Sondierung des Uterus herbeigeführt. Gravidit. nicht diagnostiziert.	Brit. m. Journ. 1883, p. 352.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
270	Godson	—	—	—	Geburtsbeginn am normalen Graviditätsende. Barnes Dilatator. Wendung. Perforation.	gesund	†	—	Brit.med.Journ. 1877, p. 231.
271	Galabin	31	X	Carc. port.	Amput. port. im II. Monat der Gravidität. Fortbestand derselb., Recidiv, Wendung, Extraction.	lebt	lebt	—	L. obst. Tr. 18, p. 239.
272	Derselbe	41	XII	Carc.cerv.,vag. et parametr.	Barnes Dilatator. Perforation, Kephalotribe.	lebt	†	—	Tr. of the obst. Soc. 18, 1876, p. 239.
273	Mundé	41	XI	Carc. lab. post	Amput. lab. post im V. Monat. Fortbestand der Gravidität ohne Recidiv.	lebt	lebt	—	Am. Journ. of obst. 1882, p. 912.
274	Edis	33	III	Carc. colli.	Barnes Dilatator. Zange.	†	lebt	Mutter stirbt am 12. Tage an Pyämie.	Brit.med.Journ. 1876, No. 55.
275	Budin	38	V	Carc. cerv. et fornicis.	Seitliche Incisionen. Forceps.	lebt	lebt	—	Arch. Toc. 1879, p. 695.

No	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
276	Ernst	33	II	Carc. cerv. et vag.	6 seitliche Incisionen. Perforation; Extraction mißlingt, daher Wendung u. Extraction.	†	†	Mutter stirbt nach 3 Stunden. 2 Incisionen waren weitergerissen bis in das Parametrium	I.-D. Straßburg 1882.
277	Loquet	—	V	Carc. cerv.	Spontane Frühgeburt mit 6½ Monaten. Incisionen, Wendung.	lebt	†	Mutter macht eine Peritonitis durch mit Ausgang in Genesung.	v. Bar, Thèse de Paris, p. 186.
278	Tarnier	33	II	Carc. umgreift ¾ der Portio.	Forceps.	lebt	lebt	—	v. Bar, Thèse de Paris, p. 195.
279	Fifield	—	—	Carc. cervic. et recti.	Forceps.	lebt	lebt	—	Boston. med. and. surg. J. 1877, p. 453.
280	Watelle	—	—	Carc. cerv.	Forceps.	lebt	†	—	Th. Paris, 1870.
281	Turnbull	41	V	Carc. lab. post.	Forceps.	lebt	lebt	—	Lancet 1880, p. 89.
282	Welponer	32	VI	Carc. cerv. et vaginae.	Wendung u. Perforation des nachfolgenden Kopfes.	lebt	†	—	Wiener med. Pr. 1878, p. 1193.
283	Hermann	37	—	Carc. vagin. et lab. ant.	Exstirpation des Tumors mit Scheere und Pacquelin.	lebt zunächst	lebt	Mutter stirbt nach 18 Tagen.	Obst. Tr. L. Vol. 24, p. 308.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
284	Galton	34	VI	Carc. cerv.	Spontane Frühgeburt im VII. Monat. Kaiserschnitt ohne Naht.	† am 3. Tage	—	—	Lancet 1881, p. 909.
285	Marchand	—	V	Carc. cerv. et fornicis.	Konservativer Kaiserschnitt.	†	lebt	—	cit. v. Bar, Thèse de Paris, p. 213.
286	Hermil	41	X	Carc. lab. ant.	Forceps	lebt	lebt	Kind stirbt nach 14 Tagen.	v. Bar, Thèse de Paris, p. 226.
287	A. Martin	—	—	Carc. colli.	Seit 17 Jahren abgelaufene Ovarialgravidität. Lithopaedion. Entfernung d. Fruchtsackes und Uterus durch Laparatomie.	lebt	—	—	Verhandl. d. V. Congr. f. Gyn., p. 281.
288	Muret	—	—	Carc. port.	Tubenabort im I. Monat. Hämatocele. Totalexstirp. ut. c. adnexis.	lebt	—	—	Zeitschrift für Geb. u. Gyn., Bd. 26.
289	Fochier	38	II	Carc. colli progreß.	Nach 7tägig. Wehen bei tot. Kinde Kaiserschnitt wegen Unmöglichkeit der Perforation; dann Totalexstirpation d. Uterus.	†	†	Tod am 4. Tage an Peritonitis.	vide Frommel's Jahresbericht 1889, p. 134.
290	Goodell	—	—	Carc. cerv.	Sängerscher Kaiserschnitt.	lebt	lebt	—	ibidem, p. 296.
291	Pawlik	—	—	do.	Sängerscher Kaiserschnitt.	lebt	lebt	—	ibidem, p. 300.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
292	Meyer	—	—	Carc. cerv.	Sängerscher Kaiserschnitt (Operateur Gusserow).	†	†	Mutter stirbt nach 24 Stund. an Erschöpfung.	Charitéannal., Jahrg. XIV.
293	Murphy	—	—	do.	Porro.	†	†	Mutter stirbt nach 3 Tagen.	vide Frommel's Jahresbericht pro 1889, p. 313.
294	Leopold	33	V	Carc. vag. et parametr. sin.	Porro.	lebt	lebt	—	Archiv f. Gynäkologie, Bd. 37, p. 316.
295	Derselbe	32	V	Carc. cerv.	Porro (Komplikation mit engen Becken).	lebt	lebt	Kind stirbt nach 4 Wochen an eitr. Nabelentzündung. Mutter wird wegen Geistesstörung ins Krankenhaus verbracht	ibidem.
296	Olshausen	—	—	—	Künstl. Abort. Nach 14 Tagen vaginale Totalexstirpation.	lebt	—	—	Kl. Beiträge z. Gyn. 1884, p. 101.
297	Theilhaber	36	V	Carc. port.	Künstl. Frühgeburt im VII. Monat. Nach 20 Tagen vag. Totalexstirpation.	lebt	†	—	Archiv f. Gyn., Bd. 47, p. 74.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
298	Theilhaber	38	—	Carc. colli et fornic.	Spontane Frühgeburt im VIII. Monat; totes Kind. Excochleatio. Steißlage. Perforation des Schädels.	Lebt zunächst	†	—	Archiv für Gyn., Bd. 47, p. 74.
299	Siehe nebenan	37	—	Carc. cerv. et vag.	Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus (Operateur Billroth).	Heilung	—	Entlassen mit Blasenscheidenfistel.	Citiert n. Teilhaber: Die Behandlung des Uterincarcin. in der Schwangerschaft u. b. d. Geburt. Archiv für Gyn., Bd. 47, H. 1, p. 63 (mitgeteilt v. Spencer u. Wells).
300	Siehe nebenan	41	IX	Carc. portion.	Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus (II. Schwangerschaftsmonat) (Operateur Taylor).	Heilung		—	Med. Record., 18. II. 1891.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
301	Hofmeier	36	III	Carc. cerv.	Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus. Grav. mens. III (Operateur Hofmeier).	Heilung	—	4½ Jahre p. op. recidivfrei.	„Über Operationen am schwangeren Uterus.“ Deutsche med. Wochenschrift, 1887, No 19, p. 397. cf. auch Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 23, p. 115. (Kruckenberg: Die Resultate d. operat. Behandlung d. Carc. etc.)
302	Siehe nebenan	41	X	do.	do. (Op. C. Thiem).	Heilung	—	Stirbt 2¾ Jahre p. op. an Carc.	D. Frauenarzt. Juli 1886.
303	Gottschalk	32	IV	Carc. port.	do. Grav. mens. II. (Op. L. Landau).	Heilung	—	½ Jahr p. op. recidivfrei.	Archiv f. Gyn., Bd. 29, Heft 3, p. 488.
304	Lancet 1887, I. p. 14	44	IX	Carc. cervic.	do. (Op. J. Greyg Smith, Bristol).	Heilung	—	Zwillingsschwangerschaft.	—
305	Mohr	38	VIII	do.	do. (Op. Brennecke).	Heilung	--	2 Jahre p. op. recidivfrei.	Diss., Halle 1889, p. 21, über Totalexstirpation des carc. ut. grav. p. vag.

No	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
306	Mohr	33	V	Carc. cerv. et vag.	Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus. Grav. mens. III—IV (Op. Brennecke).	Heilung	—	2 Monate p. op. Recidiv in der Narbe.	a. a. O. p. 23.
307	Derselbe	39	XI	Carc. port.	do. Grav. mens. IV (Op. Kaltenbach).	Heilung	—	Stirbt 1½ Jahre p.op.an Recidiv.	a. a. O. p. 26.
308	s. n.	—	—	—	do. (Op. Mackenrodt).	Heilung	—	—	Archiv f. Gyn., Bd. 44, Heft 3, p. 568.
309	Reusing	32	VI	do.	do. Grav. mens. II—III (Op. Hofmeier).	Heilung	—	4 Monate p. op. Recidiv.	Münch. med. Wochschr. 1894, No. 43, p. 846.
310	Derselbe	39	IV	Carc. lab. post.	do. (Op. Hofmeier).	Heilung	—	Stirbt ½ Jahr p. op. an Lungenleiden, kein Recidiv.	ibidem.
311	Derselbe	38	VIII	do.	do. Grav. mens. IV (Op. Hofmeier).	Heilung	—	4 Monate p. op. recidivfrei.	ibidem.
312	Beckmann	—	—	—	do. (Op. Rein).	Heilung	—	—	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1896, Bd. 34, p. 51.
313	Feduloff	—	—	Carc. port.	do. (Op. Onuffrieff).	Heilung	—	—	Frommels Jahresbericht, 1895, p. 558.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
314	Beckmann	47	VII	Carc.cervic.et vag.	Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus. Grav. mens. II. (Op. Beckmann).	Heilung	—	2 Monate p. op. recidivfrei.	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 34, p. 51.
315	s. n.	—	VIII	Carc. port.	do. Grav. mens. V. (Op. van der May).	Heilung	—	1½ Jahre p. op. recidivfrei.	Frommels Jahresbericht, 1895, p. 560.
216	s. n.	38	IV	Carc.cervic.et corporis.	do. Grav. mens. III. (Op. Mary Smith, Boston).	Heilung	—	Kompliz. mit Plac. praevia.	Americ. Journ. of obst., 1890, XXIII, p. 941., ref. i. Centr. f. Gyn., 1891, No. 26, p. 553.
317	s. n.	34	pluripara	Ca. cervicis.	do. Grav. mens. V. (Op. Zinke).	Heilung	—	Gravidität erst bei der Operation konstatiert.	Americ. Journ. of obst., 1888, XXI, p. 828.
318	Kunschert	35	VIII	Carc. port.	do. Grav. mens. II. (Op. Fritsch).	Heilung	—	1 Jahr p. op. recidivfrei.	„Über Totalexstirpation des schwangeren Uterus bei Carnom.“ I.-D., Bonn 1896, p. 20.
319	Ohlshausen	36	I	Carc. cervic.	do. Grav. mens. IV. (Op. Ohlshausen).	Heilung	—	2½ Jahre p. op. recidivfrei.	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 37, H. 1, p. 5.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
320	Ohlshausen	37	VIII	Carc. cerv.	Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus. Grav. mens. V (Op. Ohlshausen).	Heilung	—	5 Monate p. op. recidivfrei.	ibidem.
321	Derselbe	39	VII	Carc. cerv. et vag.	do. Grav. mens. VI. (Op. Ohlshausen).	Heilung	—	5 Monate p. op. recidivfrei.	ibidem.
322	Kaußmann	36	IV	Carc. cerv.	do. Grav. mens. II. (Op. Ohlshausen).	Heilung	—	4½ Jahre p. op. recidivfrei.	I.-D., Berlin 1897, p. 1.
323	s. n.	33	—	Carc. lab. ant.	do. Grav. mens. I. (Op. Berry Hart, Edinburg).	Heilung	—	—	Edinb. m. Journ., 1892. Ref. i. Centralbl. f. G. 1892, No. 51, p. 1008.
324	s. n.	39	X	Carc. port.	do. Grav. mens. III. (Op. Th. Landau).	Heilung	—	1 Jahr p. op. recidivfrei.	Deutsche med. Wochenschrift, 1893, No. 18 p. 429.
325	s. n.	—	—	do.	do. Grav. mens. II. (Op. Playfair).	Heilung	—	Schwangersch. erst bei der Op. konstatiert.	Frommels Jahresbericht, 1895, p. 561.
326	Fehling	29	VI	do.	do. Grav. mens. II. (Op. Fehling).	Heilung	—	3 Jahre p. op. recidivfrei.	Münch. med. Wochenschrift, 1897, No. 47, p. 1316.

No	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
327	Gellhorn	36	VII	Carc. port. et vag.	Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus. Grav. mens. II. (Op. Mackenrodt).	Heilung	—	Grav. erst p. op. erkannt.	„Über die Resultate der Radikalbehandlung des Gebärmutterscheidenkrebses.“ Berlin 1898. (Arbeiten a.d. Mackenrodtschen Frauenklinik.)
328	Spencer Wells	37	VII	Carc. cerv.	Abdominelle Totalexstirp. nach Freund.	Heilung	—	Stirbt 1 Jahr p. op. an. Recidiv	Centralblatt f. Gyn., 1882, No. 15, p. 237.
329	Kunschert	43	X	Carc. port.	do. Grav. mens. VII. (Op. Fritsch.)	Heilung	—	Blasenscheidenfistel p. op. mit Erfolg operiert. 2½ Monate p. op. recidivfrei.	„Über Totalexstirpation des schwangeren Uterus bei Carcinom.“ I.-D., Bonn 1896, p. 36.
330	Hernandez	34	VII	Carc. cerv.	do. Grav. mens. VI. (Op. Mackenrodt).	†	—	Stirbt 1 Tag p. op. an Anämie.	Annales de Gynécol. Tom. XLII, août 1894, p. 81.
331	Derselbe	—	IV	do.	do. Grav. mens. V. (Op. Mackenrodt).	Heilung	—	9 Monate p. op. recidivfrei.	ibidem, Fall V.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
332	Hernandez	35	V	Carc. cerv.	Abdominelle Totalexstirp. nach Freund. Grav. mens. VI. (Op. Mackenrodt).	Heilung	—	Stirbt 7 Monate p. op. an Carc.	ibidem, Fall VI.
333	s. n.	38	X	Carc. port.	Auslösung des Cervix von der Vagina aus mit folg. abdomineller Totalexstirp. Grav. mens. VI. (Op. v. Ott)	Heilung	—	4 Monate p. op. Recidiv.	Annales de Gynécol. Tome XLIII, Mars 1895, p. 260.
334	Sarwey	42	XIII	do.	Abdominelle Totalexstirp. nach Freund. Grav. mens. III. (Op. Döderlein).	Heilung	—	Ureterfistel. 8 Monate p. op. recidivfrei.	J. Veit: Handbuch d. Gynäk. I. Aufl., Bd. III, 2. Hälfte, 1. Abt., p. 512.
335	s. n.	—	—	Carc. colli et Corporis.	do. Grav. mens. III. (Op. Cittadini).	Heilung	—	Die abdominelle Totalexstirpation ausgeführt wegen Enchondroms des kleinen Beckens.	Centralblatt f. Gyn., 1892, No. 17, p. 335.
336	s. n.	32	VII	Carc. port.	Combin. (abdominovaginale) Totalexstirpation nach Zweifel.	Heilung	—	—	Centralblatt f. Gyn., 1889, No. 12, p. 198.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
337	Zweifel	—	—	Carc. „uteri“	Kombin. (abdomino-vaginale) Totalexstirpation nach Zweifel (supra-vaginale Amputation des Uterus und vaginale Exstirp. des Cervixstumpes). Grav. mens. V (Op. Zweifel, 20.V. 1890).	†	—	Stirbt an septischer Peritonitis.	Vorlesungen üb. klinische Gynäkologie, 1892, p. 45 (No. 219).
338	s. n.	34	pluripara	Carc. portion.	do. Grav. mens. V—VI. (Op. Zweifel, VI. 1894).	Heilung	—	1 Jahr p. op. recidivfrei.	Frommels Jahresbericht, 1894, p. 801 (No. 26).
339	Stockér	36	VIII	Carc. cerv.	do. Grav. mens. VI. (Op. Stocker).	Heilung	—	—	Centralblatt f. Gyn., 1892, No. 32, p. 632.
340	Fehling	32	—	do.	do. Grav. mens. VII. (Op. Fehling).	Heilung	—	—	Monatsschrift f. Geb. u. Gynäk., 1895, Bd. II, p. 347.
341	Hernandez	32	VII	Carc. cerv. et port.	do. Grav. mens. VI. (Op. Hernandez).	Heilung	—	—	Annales de Gynécol. Tome XLII. Sept. 1894, p. 196.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
342	Kaußmann	33	XI	Carc. port.	Exstirpation nach Spaltung d. vorderen Cervicalwand, Entleerung des Fruchtwassers u. Extraction d. Frucht. Grav. mens. VII (Op. Winter).	Heilung	—	—	I.-D., Berlin 1897, p. 15.
343	Altertum	43	V	Carc. cerv.	Exstirpation nach Spaltung d. vorderen Uteruswand, Entleerung des Fruchtwassers, Entfernung des Fötus und der Placenta. Grav. mens. VI (Op. Hegar).	Heilung	—	—	Centralblatt f. Gyn., 1897, No. 27, p. 863.
344	Reckmann	36	XV	Carc. port. et vag.	Exstirpation nach medianer Spaltung des Cervix und Entleerung des Uterus. Grav. mens. VI (Op. Pfannenstiel).	Heilung	—	7 Monate p. op. recidivfrei.	Centralblatt f. Gyn., 1897, No. 47, p. 1388.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
345	Mittermeier	43	IX	Carc. port.	Exstirpation nach Spaltung d. vorderen Cervix- und Uterus-wand. Wendung und Extraction des Fötus. Grav. mens. VII. (Op. Mittermeier).	Heilung	—	—	Centralblatt f. Gyn., 1898, No. 1, p. 5.
346	Derselbe	47	XXIII	Carc. cerv.	Spontaner Abort, manuelle Entfernung der Placenta. 1 Tag p. ab. Exstirpation. Grav. mens. VI. (Op. Mittermeier).	Heilung	—	—	ibidem.
347	Ohlshausen	—	—	do.	Künstlicher Abort. Vaginale Totalexstir-pation 14 Tage p. ab. Grav. mens. IV. (Op. Ohlshausen).	Heilung	—	—	Ohlshausen: „Klin. Beiträge z. Gynäk., 1884, p. 101.
348	Derselbe	26	III	do.	do. Exstirp. 10 Tage p. ab. Grav. mens. V. (Op. Ohlshausen).	Heilung	—	2½ Jahre p. op. recidivfrei.	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 37, H. 1, p. 1 ff. (p. 8).

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
349	Ohlshausen	29	III	Carc. port.	Künstlicher Abort. Exstirp. 10 Tage p. ab. Grav. mens. II—III (Op. Ohlshausen).	Heilung	—	Entlassen mit taubeneigroßem Exsudat um d. linken Stumpf. 6½ Mon. p. op. recidivfrei.	ibidem, p. 8.
350	Derselbe	44	XIV	do.	do. Exstirp. 8 Tage p. ab. Grav. mens. V. (Op. Ohlshausen).	Heilung	—	3½ Jahre p. op. recidivfrei.	ibidem, p. 8.
351	s. n.	—	—	do.	do. Exstirp. 24 Tage p. ab. Grav. mens. VI. (Op. Berthold).	Heilung	—	2½ Mon. p. op. recidivfrei.	Gaz. des hôpitaux, 1886, No. 46 u. 49. Ref. i. Centr. f. G., 1887, Nr. 29, p. 471.
352	Theilhaber	36	VI	Carc. cerv.	do. Exstirp. 20 Tage p. ab. Grav. mens. VII. (Op. Theilhaber).	Heilung	—	—	Archiv f. Gyn., Bd. 47, H. 1, p. 56.
353	Ohlshausen	34	III	Carc. port.	do. Exstirp. 16 Tage p. ab. Grav. mens. II. (Op. Winter).	Heilung	—	7½ Jahre p. op. recidivfrei.	Ohlshausen, a. a. O. p. 9, u. Kaußmann. I.-D., Berlin 1897.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
354	Kaußmann	36	III	Carc. cerv.	do. Exstirp. 6 Tage p. ab. Grav. mens. IV.	Heilung	—	—	Kaußmann, a. a. O. p. 6 (Nr. 2 bez. 37 d. Tab.).
355	Weberstedt	43	XI	Carc. cerv.	Spont. Abort, durch Forceps beendigt. Exstirp. einige Wochen p. ab. Grav. mens. VII (Op. Weberstedt).	Heilung	—	Stirbt 1 Jahr p. op. an Recidiv.	„Beobachtung. über d. Beziehungen gyn. Erkrankungen z. Schwangersch." I.-D., Berlin 1895, p. 37.
356	Seegelken	29	IV	Carc. port.	Spontaner Abort. Exstirp. 4 Wochen p. ab. Grav. mens. VII (Op. Skutsch).	Heilung	—	Stirbt ca. 2 Jahre p. op. an Recidiv.	„Über Complication der Schwangersch. mit Carc. d. Cervix." I.-D., Jena 1892, p. 6.
357	Berthod	—	—	do.	Künstlicher Abort. Exstirp. 24 Tage p. ab. Grav. mens. VI (Op. Bouilly).	Heilung	—	—	„Uteruscarcinom i. d. Grav." Gaz. des hôpitaux, 1886, No. 46 u. 49.

No	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
358	Schulz	32	VI	do.	Operation begonnen mit Auslösung der Cervix von der Vagina aus. Klassisch. Kaiserschnitt, Freundsche Totalexstirp. Grav. mens. X (Op. Werth).	Heilung	lebend	Mutter stirbt $2^3/_4$ Jahre p. op. an Pleuracarc.	„Beitrag z. Statistik der Sectio caesarea." I.-D., Kiel 1893, p. 26.
359	s. n.	—	—	Carc. cerv.	Klassischer Kaiserschnitt mit nachfolg. Freundscher Totalexstir. Crav. mens. IX (Op. v. Ott).	Heilung	lebend	—	Verh. d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Petersburg 1895 (ref. i. Monatsschrift f. G. u. G., 1896, Bd. III, p. 166).
360	Kirchberg	26	IV	do.	Klassischer Kaiserschnitt mit folgender kombinierter Totalexstirpation. Grav. mens. IX (Op. Zweifel, 30. III. 1893).	Heilung	lebend	Kind stirbt 14 Tage p. p. an Nabelinfektion. Mutter stirbt 5 Mon. p. op. an Krebskachexie.	„Über Carcinom u. Gravidität." I.-D., Heiligenstadt (Eichsfeld) 1895, p. 8.
361	Seiffart	37	VII	do.	Vagin. Kaiserschnitt nach Dührssen. Zange; vagin. Totalexstirpation.	†	lebend	Mutter stirbt 1 Tag p. op. an Herzinsuffiz.	Centralblatt f. Gyn., 1898, No. 5, p. 121.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
362	Schauta	—	—	Carc. port.	Vagin. Kaiserschnitt nach Dührssen. Wendung und Extraction. Vagin. Totalexstirpat. Grav. mens. VIII (Op. Schauta).	Heilung	lebend, † bald p. op.	—	„Sectio caesarea vaginalis.“ Heilkunde, Apr. 1898.
363	Ohlshausen	28	V	Carc. cerv.	Künstl. Frühgeburt. Vaginale Totalexstirpation 12 Tage p. op. Grav. mens. IX (Op. Ohlshausen).	Lebt Blasenscheidenfistel.	†	5 Monate p. op. Recidiv.	Zeitschr. f. Geb, u. Gyn., Bd. 37. H. 1, p. 9.
364	Derselbe	38	V	—	Spont. Geburt. Vagin. Totalexstirp. 17 Tage p. p. Grav. mens. X (Op. Ohlshausen).	Heilung	lebt	5¾ Jahre p. op. recidivfrei.	ibidem, p. 9.
365	Derselbe	29	VII	Carc. port. et vag.	Spont. Geburt. Exstirp. 11 Tage p. p. Grav. mens. X (Op. Ohlshausen).	Heilung	lebt	Mutter stirbt 1½ Jahre p. op. an Lungenaffektion.	ibidem, p. 9.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
366	Ohlshausen	41	XII	Carc. cerv. et parametr.	Spontaner Geburtsbeginn; Wendung und Extraction. Exstirpation 2 Tage p. p. Grav. mens. IX (Op. Ohlshausen).	lebt	†	Mutter: Ureter- und Blasen-Scheidenfistel, quere Obliteration d. Vagina; stirbt 3 Monate p. op. an Pyelonephritis, Pleuritis purul. Lymphadenitis, Carcinom.	ibidem, p. 10, cf. Kaußmann, a. a. O. p. 14.
367	Kaußmann	41	XV	Carc. port.	Spont. Geburt. Vagin. Totalexstirp. 33 Tage p. p. Grav. mens. IX.	†	lebt	Mutter stirbt 8 Tage p. op. an Peritonitis.	a.a.O. p. 8 (No. 6), I.-D., Berlin 1897.
368	Clemens	—	—	Carc. port.	Spont. Geburt. Vagin. Totalexstirp. 30 Tage p. p. Grav. mens. X. (Op. Clemens).	Heilung	†	5 Monate p. op. recidivfrei.	Correspondenzblatt d. Thüring. Ärzte, Weimar 1890, XIX, p. 435.
369	Beckmann	38	IX	do.	do. 15 Tage p. p. Grav. mens. X. (Op. Rymsza).	Heilung	lebt	—	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 34, p. 60.
370	Löhlein	43	V	Carc. cerv.	Spontaner Geburtsbeginn. Forceps. Vag. Totalexstirp. 18 Tage p. p.	Heilung	lebt	—	Centralblatt f. Gyn., 1891, No. 10, p. 193.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
371	Floël	32	II	do.	Perforation u. Kranioklasie der toten Frucht. Exstirpation $1^{1}/_{2}$ Monate p. p.	Heilung	†	Komplikation der Geburt mit Placenta praevia u. Wehenschwäche.	ibidem, No. 32, p. 657.
372	Buschbeck	34	VII	Carc. port.	Spontaner Geburtsbeginn. Forceps. Vag. Totalexstirp. 6 Woch. p. p. Grav. mens. X. (Op. Leopold).	Lebt, Blasenscheidenfistel	†	--	Gyn. Gesellsch. z. Dresden. Juni 1893. Ref. im Centralblatt f. Gyn., 1893, No. 31, p. 732.
373	s. n.	32	XIII	do.	Spont. Geburt. Vagin. Totalexstirp. 14 Tage p. p. Grav. mens. X. (Op. Geuer).	Heilung	lebt	—	Bericht d. Ges. f. G. u. G. Centr. f. Gyn., No. 42, p. 1050.
374	s. n.	33	X	Carc. port. et vag.	Spont. Geburt. Vagin. Totalexstirp. 13 Tage p. p. Grav. mens. X. (Op. Dokuschewsky).	Heilung	lebt	—	Jahresbericht d. geb.-gyn. Ges. zu Petersburg, 1894. Ref. i. Monatsschr. f. G. u. G., 1895, Bd. 1. p. 503.
375	s. n.	—	—	Carc. port.	do. $3^{1}/_{2}$ Wochen p. p. Grav. mens. X. (Op. v. Ott).	Heilung	lebt	$8^{1}/_{2}$ Jahre p. op. recidivfrei.	ibidem.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
376	Seegelken	36	III	do.	do. 4 Wochen p. p. Grav. mens. X. (Op. Skutsch).	Heilung	† maceriert	—	„Über Complication d. Schw. m. Carc. cerv. I.-D., Jena 1892, p. 6.
377	Fehling	38	X	do.	do. 17 Tage p. p. Grav. mens. X. (Op. Fehling).	Heilung	lebt	—	Münch. mediz. Wochenschrift, 1897, No. 47, p. 1316.
378	Zweifel	—	—	do.	Spontaner Geburtsbeginn. Incisionen des Carc. u. Forceps; kombinierte Totalexstirpation.	Lebt zunächst	lebt	Mutter stirbt 28 Tage p. op. an Gangrän des Rektum und Peritonitis perforans.	„Vorlesungen über klin. Gyn.“ Berlin 1892, p. 47 u. 317.
379	Chrobak	41	IX	Carc. port.	Spontaner Geburtsbeginn. Wendung und Extraction. Vaginale Totalexstirp. Grav. mens. IX. (Op. Chrobak.	Heilung	lebt	—	Centralblatt f. Gyn., 1897, Nr. 37, p. 1107.
380	Fritsch	—	V	do.	Spontaner Geburtsbeginn. Forceps. Vaginale Totalexstirpat. Grav. mens. X. (Op. Fritsch).	Heilung	lebt	1½ Jahre p. op. recidivfrei.	Centralblatt f. Gyn., 1898, Nr. 1, p. 1.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
381	s. n.	33	X	do.	Spontaner Geburtsbeginn. Perforation der toten Frucht. Vagin. Totalexstirp. Grav. mens. X. (Op. Winter).	Heilung	†	—	ibidem, Nr. 19, p. 509. Ref. d. Gesellsch. f. G. u. G., Berlin 1898.
382	Gönner	41	VIII	Carc. cerv.	Klassischer Kaiserschnitt. Freundsche Totalexstirp. Linker Ureter unterbunden. Grav. mens. X. (Op. Bischoff).	†	lebt	Mutter stirbt 9 Stunden p. op.	Zeitschrift für G. u. G., Bd. 10, p. 7.
383	s. n.	28	III	Carc. cerv. et uteri.	Klass. Kaiserschnitt, Freundsche Totalexstirp. Grav. mens. IX. (Op. Schröder).	†	†	Mutter stirbt 5 Stunden p. op. an Peritonitis; Kind asphyktisch, nicht belebt.	Gesellsch. f. G. u. G. zu Berlin, Nov. 1885. Ref. i. Centr. f. G. 1886, No. 1, p. 10.
384	s. n.	38	II	Carc. cerv.	Nach 7tägig. Wehentätigkeit klassischer Kaiserschn. Freundsche Totalexstirpat. Grav. mens. X. (Op. Fochier).	Lebt zunächst	†	Mutter stirbt 4 Tage p. op. an purul. Peritonitis.	Lyon méd. Mai 1888. Ref. in Frommels Jahresbericht 1889, p. 134.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
385	Grapow	33	V	Carc. port.	Klass. Kaiserschnitt, Freundsche Totalexstirp. Grav. mens. X. (Op. Grapow).	†	lebt	Mutter stirbt intra op. an Herzschwäche und Anämie.	Zeitschr. f. G. u. G., Bd. 17, p. 110.
386	Möller	35	VII	Carc. port. et vag.	Klass. Kaiserschnitt, Freundsche Totalexstirp. Grav. mens. X. (Op. Fritsch).	Heilung	lebt	—	Centr. f. Gyn. 1892, No. 6, p. 101.
387	Fehling	40	VIII	Carc. cerv.	Klass. Kaiserschnitt. Kombin. Totalexstirpation. Grav. mens. IX. (Op. Fehling).	Heilung	†	Kind stirbt 6 Stunden p. op.	Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 47, p. 1317.
388	Acconci	36	IX	—	Radikaler vaginaler Kaiserschnitt. Grav. von 28 Wochen.	†	lebt	Mutter stirbt am 6. Tage p. op. in einem nach Diätfehler und profusen Diarrhöen eingetret. Kollaps. Sektion ergibt nur hochgrad. Anämie.	Riv. di Ostetr. Oktober 1896.
389	Winter	—	XI	—	Radikaler vaginaler Kaiserschnitt. Grav. mens. VII.	Genesng.	†	—	Verhdgen. der deutschen Ges. f. Gyn. 1897.

No	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
390	Hegar	43	V	—	do. Grav. mens. VI.	Heilung	†	—	Centr. f. Gyn. 1897, No. 27.
391	Pfannenstiel	36	XV	—	do. Grav. mens. VI.	Heilung	†	—	l. c., No. 47.
392	Seiffert	37	VII	Jauchendes Carc. port.	do. Normales Schwangerschaftsende.	†	lebt 4500 g	Mutter stirbt an Herzlähmg. am 2. Tag p. op. (lange Dauer der Operation wegen ungenüg. Spaltung, schwier. Zange bei ausgeblut. Frau).	l. c., No. 5.
393	Schauta	—	pluripara	—	Radikaler vaginaler Kaiserschnitt. Grav. mens. VIII.	Heilung	† bald p. p.	8 Monate spät. Vulvacarcinom bei freien Parametrien.	Heilkunde 1898.
394	Michelini	35	VII	—	do. Grav. mens. VIII.	Heilung	†	—	Arch. it. di Gin. 1898, No. 4.
395	Döderlein	38	X	—	do. Grav. mens. X.	Heilung	lebt	5 Monate p. op. recidivfrei.	Sarwey, Beitr. z. G. u. G. 1899, Bd. II, H. 1.
396	Derselbe	38	XV	—	do. Grav. mens. X.	Heilung	lebt	—	l. c.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
397	Thorn	40	VII	—	Rad. vag. Kaiserschn. Schwangerschaftsend. Placenta während der Exstirpation exprimiert.	Heilung	lebt	Kind lebend durch Forceps entwick. (3250 g, 51 cm) u. lebend entlassen.	München. med. Wochenschrift 1899, No. 21 u. 22.
398	Baumm	—	—	—	do. Grav. mens. VII.	†	†	—	Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. 1899.
399	Ohlhausen	—	IV	—	do. Grav. mens. IX.	Heilung	lebt	2900 g schwer.	Zeitschr. f. Gyn. 1899, Bd. 41, H. 2, p. 311.
400	Derselbe	—	XIII	—	do. Grav. mens. VII.	Heilung	lebt	Kind bald †	l. c., p. 350.
401	Kötschau	40	VI	—	do. Ende der Gravidität.	Heilung	—	2 Jahre p. op. recidivfrei.	Centralblatt für Gyn. 1899, No. 42, p. 1287.
402	Solowij	—	—	—	do. Grav. mens. VII.	Heilung	lebt	Kind stirbt bald.	Przeglad lekarsky 1900, No. 1-4. Ref. i. Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Literaturbeilage No. 11, p. 63.
403	Werth? — Groß	—	II	Parametrien mitergriffen.	do. Grav. mens. VI.	Heilung	†	Trotz Exstirpation d. parametranen Herdes nach einig. Monat. Recidiv.	Diss. Kiel 1900. Ref. i. Centr. f. Gyn. 1901, No. 20.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
404	Frank	30	II	—	Wehen, Muttermund thalergroß. Blase steht. Radikaler vaginaler Kaiserschnitt; alleinige Spaltung der Vorderwand. Blasenverletzung. Placenta manuell gelöst. Forceps. Graviditätsende.	Heilung	lebt 3700 g	Genesung der Mutter, auch von d. Blasenverletzung.	Wiener med. Wochenschrift 1901, No. 12.
405	Merttens	—	IV	—	Radikaler vaginaler Kaiserschnitt. Grav. mens. VI.	Heilung	lebt	Kind stirbt bald.	Monatsschr. für Gyn. u. Geb. 1901, Bd. XIII, H. 5, p. 645.
406	Jordan	38	IX	Fornix und parametrane Lymphdrüsen infiltriert.	Radikaler vaginaler Kaiserschnitt. Exstirpation einer parametranen Drüse und des infiltr. Fornix.	Heilung	lebt	—	Przeglad lek. 1899, No. 14. Ref. i. Centr. f. Gyn. 1900, No. 2.
407	Solowij	—	—	—	do.	Heilung	† 3 Stund. p. p.	Mutter stirbt nach 1 Jahre.	Nicht veröffentlicht (persönliche Mitteilung an Dührssen).

No	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
408	Zweifel	30	II	Taubeneigr. Carc. port.	Vagin. Kaiserschnitt nach Dührssen; nach 2tägigem Kreißen Forceps bei hochstehendem Kopf vergebl. versucht, daher klass. Kaiserschnitt mit anschließender Panhysterektomie.	Heilung	lebt groß	Nach ¾ Jahren Recidiv.	Glockner-Hegar'sche Beiträge, Bd. VI, H. 2, p. 215.
409	Winter	34	XI	Hühnereigr. Carc. der vorderen Lippe.	32. Woche; Umschneidung, Unterbindung beider Uterinae, Spaltung der vorderen u. hinteren Cervicalwand. Sprengung der Blase, Wendung und Extraction. Exstirpat. d. Uterus m. Placenta.	Heilung	†	Infolge Abbindung der Uterinae. Mutter stirbt ½ Jahr später an Recidiv.	Hense, Zeitschr. f. G. u. G., Bd. 46, H. 1, p. 80.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellenverzeichnis
						Mutter	Kind		
410	Winter	42	IX	Faustgroßes Portiocarcin. Knot im rechten Parametrium.	do. Grav. mens. VI.	Heilung	lebt	Später Mammaexstirp. wegen gleichzeit. Carcinoms. Später Exitus wegen Recidiv d. Uteruscarcinoms.	l. c.
411	Kallmorgen	32	VI	Apfelgroßes Portiocarcinom.	Grav. mens. VIII. Spaltung d. vorderen Cervix- und Corpuswand, Wendung, Extraction, Placentarlösung. Drainage.	Heilung	Zwillinge	Lebend, später gestorben.	Centralblatt für Gyn. 1902, No. 48.
412	E. Schröder	30	VI	Carcinomatöses Ulcus der vorder. Lippe.	Grav. mens. VIII. Scheidendamm-Incisionen, Spaltung der vorderen Wand, Wendung, Extraction. Extration des Uterus und völlige Abtrennung.	Heilung	†	—	l. c., No. 40.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
413	F. Weber	39	X	Carc. port.	Grav. mens. X. Operation nach Dührssen mit Spaltung der vorderen Uteruswand bis 6 cm über den inneren Muttermund und der hinter. Cervicalwand. Blasensprengung, Wendung, Extraction. Weitere Spaltung beider Corpuswände, Extraction und Abtrennung des Uterus.	Heilung	Lebt 2300 g	Tod des Kindes 4 Woch. später im Findelhaus.	l. c. No. 48.
414	Thorn	—	—	Carc. cerv.	Ende der Gravidität. Sepsis. Weg. alleinig. Spaltung d. vorderen Uteruswand Weiterreißen des Schnittes und schwierige Extraction trotz Perforation des nachfolgenden Kopfes.	†	†	—	München. med. Wochenschrift No. 46, p. 1609.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
415	Bumm	31	VIII	Carc. cervicis	Grav. mens. IX. Spaltung der vorderen Uteruswand, Wendung, Extract. Dann Spaltung der hinteren Wand und Hysterektomie.	Heilung	Lebt 2300 g	—	Centralblatt für Gyn. 1902, No. 52.
416	Derselbe	40	X	Cancroid der vorder. Lippe.	Grav. mens. VIII. Spaltung der vorderen Wand, Wendung, Extraction, Hysterektomie.	Heilung	lebt	2250 g, † $1\frac{1}{2}$ St. p. p.	l. c.
417	Orthmann	—	—	Carc. cerv. et parametr. dext.	Rad. vag. Kaiserschn. am Ende der Gravidität.	†	Lebt 4000 g	Mutter stirbt an Anämie.	
418	Fehling	—	—	—	—	Genesng.	lebt	—	Reeb, Deutsche med. Wochenschrift 1904, No. 5, p. 190.
419	Toth	—	—	Carc. cerv.	Typischer rad. Kaiserschnitt. Grav. mens. IX. Forceps.	Genesng.	Lebt 2340 g	—	Centralbl. f. G., No. 24.
420	Tauffer	—	—	Carc. d. Cervix u. beider Parametrien.	Radikal. vag. Kaiserschnitt.	Heilung	—	Recidiv nach 2 Monaten.	l. c.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
421	Busalla	—	—	—	Radikal. vag. Kaiserschnitt. Grav. mens. VI.	Heilung	—	—	Persönl. Mitteil. an Dührssen.
422	Kamann	—	—	—	Ende d. Grav. Spaltung der vorderen Wand. Placenta in situ gelassen. Forceps.	Heilung	lebt	—	Monatsblatt für Geb., Bd. XX, H. 4, p. 1041.
423	v. Knorre	—	—	Carc. port.	Radikal. vag. Kaiserschnitt. Grav. mens. VIII.	Heilung	Lebt 1100 g	† bald p. p.	l. c., Bd. XIX, H. 4, p. 642.
424	Derselbe	—	—	Vorgeschritt. Cervixcarcin.	do. Grav. mens. IX. Forceps.	Heilung	Lebt 2238 g	—	l. c.
425	Ostrcil	—	—	—	Radikal. vag. Kaiserschnitt.	lebt	lebt	—	Deut. med. Wochenschr. 1904, No 50, Literaturbeilage, p. 1862.
426	J. Jerie	40	V	Ulceriertes Collumcarcin.	do. Ende der Gravidität.	Heilung	lebt	—	Centralblatt für Gyn. 1905, No. 7.
427	Schwarzwäller	22	—	—	do. Grav. mens. VII.	—	—	—	Berliner klin. Wochenschrift 1905, No. 10, p. 278.
428	Nagel	41	pluripara	—	do.	Heilung	†	nicht lebensfäh.	Zeitschr. f. G. u. G., Bd. 53, H. 3, p. 579.

No	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
429	W. Jacobson	—	—	—	Radikal. vag. Kaiserschnitt. Grav. mens. V.	Heilung	†	nichtlebensfäh.	Monatsschr. für G. u. G., Bd. 21, H. 6, p. 823.
430	Fritsch	—	—	—	do. Grav. mens, VII.	Heilung	†	do.	Nichtveröffentlicht. Mitteilung v. Reifferscheid.
431	Stamm	—	—	—	do. Grav. mens. V.	Heilung	†	do.	Nichtveröffentlicht. (Persönl. Mitteilung an Dührssen).
432	Amann	—	—	—	do. Grav. mens. VII.	Heilung	†	Nach 2 Jahren recidivfrei.	Monatsschrift f. G. u. G., Bd. 22, H. 1, p. 166.
433	Orthmann	37	V	Carc. progreß. cerv. et port. inop. Infiltr. param. sin.	2 täg. schwere Entbindung mit starkem Blutverlust, endlich Spontangeburt. Excochleatio 2 Monate später.	Lebt zunächst	—	Nach 1 Jahre Tod an Carcinom.	Gebärmutterkrebs u. Schwangerschaft nebst einem Beitrag zur Lehre vom vaginalen Kaiserschnitt. Monatsschr. f. G. u. Gyn. 1903, Bd. 18, p. 718.

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
434	Orthmann	29	IV	Carc. port.	Spontangeburt einer 8 monatlich. totfaulen Frucht. Nach 4 Wochen vag. Totalexstirpation.	Heilung	†	17 Monate p. op. † an Recidiv i. d. Narbe.	ibidem.
435	Derselbe	30	IX	Carc. cerv.	Pat. verweigert jede Operation. Schwere Spontangeburt.	lebt	lebt	7 Monate p. p. † an Carc.	ibidem.
436	Derselbe	41	XI	Carc. cerv. port. et vag.	Sectio caesarea vaginalis. Exstirpatio uteri vag. cum adnexis.	†	lebt	Mutter † 1 St. p. op. an Collaps.	ibidem.
437	Derselbe	28	IV	Carc. port.	Vagin. Totalexstirp. Grav. mens. III.	Heilung	—	—	ibidem.
438	Derselbe	39	VII	Carc. lab. post.	do. Grav. mens. II.	Heilung	—	1 Jahr p. op. recidivfrei.	ibidem.
439	Derselbe	40	X	Carc. cerv. et port. inoperabile.	Spontangeburt mens. VI. Excochleatio.	lebt	†	am 11. Tage p. op. leicht fiebernd entlassen.	

No.	Autor	Alter	para	Art und Sitz des Krebses	Verlauf der Geburt	Resultat für		Bemerkungen	Quellen-verzeichnis
						Mutter	Kind		
440	Sarwey	35	III	Carc. cerv.	Schwangerschaftsende. Ventraler Kaiserschnitt, anschliessend Totalexstirpat. nach Wertheim. Das Carc. kann nicht mehr radikal entfernt werden.	Heilung	Lebt 3300 g	2 Monate später Exitus an allg. Carcinose der Bauchhöhle.	Handbuch der Gynäkologie, herausg. v. J. Veit. II. Auflage, Bd. III, 2. Hälfte, p. 856.
441	Derselbe	32	VII	Carc. port.	Wertheim'sche Radikaloperation. Grav. mens. II.	Heilung	—	3/4 Jahre später recidivfrei.	ibidem.

Weitere 72 hierhergehörige Fälle aus den Jahren 1898 bis 1908 sind von Sarwey gesammelt und in dem von J. Veit herausgegebenen „Handbuch der Gynäkologie," II. Auflage, Bd. III, zweite Hälfte, p. 849, mit ausführlichem Literaturverzeichnis niedergelegt.

Einfluß des Carcinoms auf Schwangerschaft und Geburt.

Es ist schon wiederholt erwähnt worden, daß Schwangerschaft und Geburt durch das Carcinom in mancherlei und zwar stets für Mutter und Kind sehr verhängnisvoller Weise beeinflußt werden. Diese Wirkungen sind verschieden je nach der Struktur des Carcinoms, nach seinem Sitz und nach seiner Ausbreitung und können demnach entweder sehr geringfügig oder aber auch hochgradig sein, daß sie für den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt sowie für das Leben von Mutter und Kind von einschneidendster Bedeutung werden.

Eines der häufigsten Vorkommnisse ist die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft. Die um die Mitte des vorigen Jahrhunderts allgemein herrschende Ansicht, daß schon eine ziemlich geringfügige krebsige Neubildung stets Abort oder Frühgeburt bedinge, wurde zuerst von Cohnstein auf Grund seines großen Materials von 126 einschlägigen Fällen erfolgreich bekämpft, und nach seinem Vorgange wurde durch verschiedene größere Statistiken erwiesen, daß in der Mehrzahl der Fälle (60—70 %) selbst bei recht erheblicher karzinomatöser Degeneration des Collums die Schwangerschaft ihr normales Ende erreicht- daß also Abort und Frühgeburt nur in ca. 35 % aller Fälle beobachtet werden. Als die direkt auslösenden Ursachen sind anzusprechen: Hochgradige allgemeine Anämie der Mutter, welche durch die oft monatelang fortgesetzten größeren und kleineren Blutverluste hervorgerufen und fast in allen einigermaßen fortgeschrittenen Karzinomfällen mehr oder weniger stark beobachtet wird, die mit dem Weiterschreiten der karzinomatösen Degeneration einhergehende Abnahme des gesamten Kräftezustandes und Verschlechterung des Allgemeinbefindens, endometritische Prozesse, die bei Portio- und Cervixkarzinom fast stets vorhanden und in Sekretstauung, bezw. chemischer Veränderung des Sekretes, ev. toxisch-bakterieller Einwirkung begründet sind, das allerdings sehr seltene Übergreifen des Krebses auf die Corpuswand, die krebsige Infiltration des unteren Uterinsegmentes u. a. m. Das eine oder das andere dieser Momente, ev. ihre Gesamtheit ist jedenfalls geeignet, eine Unterbrechung

der Schwangerschaft herbeizuführen. Es ist unschwer zu erkennen, daß die genannten Ursachen nur bei mehr oder weniger vorgeschrittenem Carcinom in Betracht kommen, wenngleich es wiederholt beobachtet wurde, daß die Schwangerschaft trotz ausgedehntester krebsiger Infiltration des Collum uteri ihr normales Ende erreichte; man kann jedoch ganz allgemein sagen, daß Abort und Frühgeburt bei vorgeschrittenem Carcinom häufig, bei gering entwickelter Neubildung selten vorkommt, und zwar wird für das Eintreten der Unterbrechung im einzelnen Falle der allgemeine Kräftezustand, Sitz und Stadium des Carcinoms und die Stärke der sekundären Erscheinung (wie Blutungen etc.) maßgebend sein.

Eine andere wiederholt beobachtete Erscheinung ist die von Oldham als missed labour bezeichnete Sistierung der Wehen, nachdem sie am Ende der Zeit in normaler Weise eingesetzt hatten. Da solche Beobachtungen von Menzies, Pfannkuch, Miller, Playfair, Chantreuil, Lieven, Beigel, Labhardt und E. Fraenkel einwandfrei gemacht wurden und nach Ausschluß jedes andern Geburtshindernisses in den erwähnten Fällen lediglich das Carcionm für das Auftreten der missed labour verantwortlich gemacht werden konnte, liegt die Vermutung nahe, daß es sich hier um eine mehr oder weniger spezifische Wirkung seitens der Neubildung handeln könne. Die Annahme, daß die harte und unnachgiebige Infiltration des Gebärmutterhalses für die Wehentätigkeit ein unüberwindliches Hindernis bilde, und diese dadurch zum allmählichen Stillstand bringe, ist keineswegs einwandfrei, da bei andern Geburtshindernissen, wie z. B. der sehr häufig vorkommenden Beckenenge, das Auftreten der missed labour nicht zur Beobachtung kommt. Mehr Wahrscheinlichkeit hat die Annahme, daß der durch die krebsige Degeneration bedingte pathologische Zustand der Uteruswand allmählich zu einer Insufficienz der nervösen und muskulären Tätigkeit dieses Organs führt, und somit die zur normalen Beendigung der Geburt notwendige Arbeitsleistung nicht mehr produziert werden kann.

Mit einer solchen pathologischen Beschaffenheit der Uteruswand, im speziellen Falle also einer großen Brüchigkeit

derselben, hängt es auch zweifellos zusammen, daß sogar schon während der Schwangerschaft spontane Uterusruptur beobachtet wurde. Auf die ein Collumcarcinom stets begleitenden metro-endometritischen Prozesse endlich ist es zurückzuführen, daß bei Carcinom und Schwangerschaft relativ häufig Placenta praevia zur Beobachtung kommt, ein Umstand, der für die Beurteilung der Aetiologie der Placenta praevia zweifellos von Bedeutung ist.

Hat die Schwangerschaft trotz dieser mancherlei Gefahren ihr normales Ende erreicht, so hängt auch der Geburtsverlauf seinerseits wieder von der Art und der Ausdehnung des Krebses ab. Ist dieser klein, ist beispielsweise nur die Portio oder ein Teil derselben ergriffen, hat vor allem die Infiltration noch nicht eine zirkuläre starre Verhärtung der Portio und Cervix herbeigeführt, so daß neben den Krebsknoten noch gesunde und dehnungsfähige Partieen vorhanden sind, welche den bei der Geburt an den weiblichen Genitaltrakt gestellten Anforderungen einigermaßen gerecht zu werden im stande sind, so kann die Geburt rasch und glatt und in ganz normaler Weise spontan vor sich gehen. In der Tat ist dies nicht selten der Fall.

Ist dieses für Mutter und Kind günstige Stadium des Carcinoms schon vorbei, so treten mehr oder weniger schwere Geburtshindernisse auf, die ihrerseits wieder mancherlei Gefahren mit sich bringen: Vorzeitigen Blasensprung, sowie primäre und sekundäre Wehenschwäche mit ihren Folgezuständen sind recht häufig beobachtete Ereignisse, die zwar nicht unmittelbar eine Lebensgefahr, stets aber Verzögerung und Erschwerung der Geburtsarbeit, dadurch Schwächung der Mutter, und somit in jedem Falle eine ungünstige Wendung im weitern Verlauf des Partus mit sich bringen.

Bestehen kräftige Wehen, so kann die Geburt gewaltsam beendigt werden: Der energisch vordringende kindliche Kopf setzt die ausgedehntesten Zertrümmerungen und Zerreißungen des mütterlichen Gewebes, die Cervix, Vagina, Parametrien betreffen und das Leben der Mutter sekundär schwer gefährden können. Zuweilen auch wurde es beobachtet, daß durch den kindlichen Kopf das Carcinom

zirkulär abgequetscht und unter profuser Blutung vor dem kindlichen Kopf geboren wurde.

Eine weitere Steigerung der Gefahren für Mutter und Kind entsteht, wenn die krebsige Infiltration den Uterushals zirkulär ergriffen und ihn in eine starre, unnachgiebige, völlig unelastische Geschwulst verwandelt hat. Teils durch Unnachgiebigkeit des carcinomatösen Gewebes, teils durch die Raumbeschränkung durch die Geschwulst kann es — ganz abgesehen von Placenta praevia, vorzeitigem Blasensprung, Wehenschwäche etc. — zu absoluter Gebärunmöglichkeit kommen, die stets, wenn nicht alsbald operative Hilfe zur Stelle ist, wie schon eingangs erwähnt, durch Uterusruptur, Blutung, Erschöpfung oder Sepsis zum Tode führt.

Diese traurigen Verhältnisse lassen die hohe Prozentzahl der intra partum verstorbenen carcinomatösen Schwangeren verständlich erscheinen und fordern zu stets neuen Anstrengungen auf operativ-therapeutischem Gebiete auf. Daß sich für das Kind die Prognose im allgemeinen noch ungünstiger gestaltet als für die Mutter, liegt auf der Hand. Es mag hier vorweggenommen werden, daß über die Hälfte der ausgetragenen Kinder tot oder sterbend zur Welt kommt. Berücksichtigt man ferner, daß in ca. 40 % aller einschlägigen Fälle Abort oder Frühgeburt die Schwangerschaft beendet, so resultiert daraus, daß nur ca. 20 % der Kinder von schwangeren Carcinomkranken lebend geboren werden.

Einfluß der Schwangerschaft und Geburt auf das Carcinom.

Irgend ein günstiger Einfluß einer Schwangerschaft auf das Verhalten des Uterus-Carcinoms ist, wie dies nicht selten bei Myomen gesehen wurde, leider nie zu beobachten. Einige frühere diesbezügliche Veröffentlichungen haben sich als irrig herausgestellt, und die großen statistischen Zusammenstellungen der beiden letzten Jahrzehnte haben allmählich das direkte Gegenteil bewiesen. Heutigentags besteht unter den Autoren über die äußerst ungünstige Bedeutung der Schwangerschaft für das Verhalten des Carcinoms nur eine Stimme, die beispielsweise Küstner

mit den Worten ausdrückt: „Das ohnehin schwere Leiden wird durch das Zusammentreffen mit Schwangerschaft in funester Weise kompliziert.“

Unter dem Einfluß der Gravidität und der consukutiven Verbreiterung der Saftbahnen, sowie die damit Hand in Hand gehende günstigere Ernährung dieser Teile, welche ihrerseits wieder eine gesteigerte vitale Tätigkeit der Zelle — auch der Krebszelle — bedingt, erfährt das Wachstum der Neubildung eine bedeutende Steigerung, die um so akuter auftritt, je mehr das Carcinom dem medullären, je weniger es dem scirrhösen Typus angehört. Das oft rapide Wachstum des Neoplasmas in der Gravidität wie im Puerperium ist nicht nur durch zahlreiche Erfahrungen in dieser Hinsicht, sondern von Zweifel und anderen auch direkt experimentell erwiesen. Die scirrhösen Formen folgen auch hier ihrer sonstigen Tendenz zu langsamem, bisweilen jahrelang dauerndem Wachstum und werden in dieser Hinsicht auch durch das Bestehen einer Gravidität fast nie wesentlich alteriert. Um so verhängnisvoller, weil schneller, gestaltet sich das Wachstum der medullären Carcinomformen, deren schon an sich rasch in die Umgebung vordringender Wucherung nach Eintritt der Schwangerschaft bald kein Hindernis mehr stand hält und schrankenlosem Vorgehen in die benachbarten Organe Raum gibt. Daß der schon durch die Schwangerschaft geschwächte Organismus bald nicht mehr die Kraft haben wird, den auf ihn eindringenden deletären Wirkungen stand zu halten, ist selbstverständlich, ebenso, daß er dann den mancherlei Gefahren, die schon ein ganz normaler Partus und besonders das Wochenbett mit sich bringt, wie Thrombose und Embolie (cf. Fall II der hiesigen Klinik) oder septischen Erkrankungen, Erschöpfung und Verblutung um so eher erliegen werden.

Wir sehen also aus dem Zusammentreffen von Schwangerschaft und Geburt mit Carcinom stets Unheil, nie eine günstige Wirkung erwachsen, was für unser therapeutisches Handeln von maßgebender Wichtigkeit ist.

Bezüglich der speziellen pathologisch-anatomischen Verhältnisse verweise ich auf das einschlägige Kapitel p. 13.

Sarwey resumiert seine an Hand eines Materials von 240 Fällen gewonnenen Beobachtungen über die gegenseitige Beeinflussung von Carcinom und Schwangerschaft mit den Worten: „Einerseits führt das Carcinom häufig zu vorzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft und gibt zu schweren Komplikationen der letzteren, sowie zu Placenta praevia und spontaner Uterusruptur Veranlassung; es bewirkt eine Erschwerung des Geburtsverlaufs in allen denkbare Abstufungen bis zur absoluten Gebärunmöglichkeit. Andererseits erfährt durch den mit der Gravidität einhergehenden Blutreichtum des Genitaltraktus das Wachstum und die Ausbreitung der malignen Neubildung im Verlaufe der Schwangerschaft und des Wochenbettes eine solch intensive Steigerung, daß die Frauen über kürzer oder länger an ihrem entsetzlichen Leiden zu Grunde gehen."

Prognose.

Die Prognose im Zusammentreffen von Schwangerschaft und Geburt mit Carcinom hängt von verschiedenen Momenten ab, als deren hauptsächlichste zunächst natürlich der Standpunkt und Verlauf der Geburt einerseits, und die Ausdehnung sowie der Charakter des Carcinoms andererseits ins Gewicht fallen. Ferner ist der Kräftezustand und das Allgemeinbefinden der Patientin zu berücksichtigen und endlich ist, wie sich aus der Statistik eindeutig nachweisen läßt, die angewandte Therapie, die speziell in den letzten Jahren auffallend günstige Resultate gezeigt hat — günstig zum mindesten gegenüber den aus den Jahren 1873—1893 stammenden Aufzeichnungen (Cohnstein-Theilhaber) —, von unverkennbarem und maßgebendem Einfluß auf die Prognose.

Der äußerst ungünstige Einfluß, den Schwangerschaft und Carcinom, wie oben dargelegt wurde, stets aufeinander ausüben, also vor allem das schnelle Wachstum des Carcinoms nach Eintritt der Schwangerschaft, die damit einhergehende Schwächung des Allgemeinzustandes der Patientin, die durch den meist schweren Geburtsverlauf am Ende der Zeit meist noch eine Steigerung erfährt, die nicht selten schweren Traumen, welchen die karzinomatös entarteten Cervixwände bei der Geburt in hohem Maße ausgesetzt sind, die

vermehrte Notwendigkeit operativer Eingriffe sind Faktoren, die die Prognose der mit Geburt kombinierten Uterus-Carcinome gegenüber den unkomplizierten Krebserkrankungen a priori wesentlich verschlechtern.

Nach Sarwey waren unter 603 carcinomkranken Gebärenden 261 = 43,3 % intra oder post partum Verstorbene, und zwar sind die von den einzelnen Autoren angegebenen Verhältnisse folgendermaaßen:

Tabelle V.

Autor	Zahl der schwangeren Carcinomkranken	Zahl der während oder kurz post part. Verstorbenen
Chantreuil	60	25
West	75	41
Cohnstein	126	72
Hermann	180	72
Theilhaber	162	51

wobei die veröffentlichten Beobachtungen ohne Rücksicht auf die Intensität der carcinomatösen Erkrankung und auf die hierbei ausgeführten therapeutischen Eingriffe zusammengefaßt sind.

Als direkte Todesursachen kommen in Betracht: Erschöpfung, Verblutung, Luftembolie, Uterusruptur, Sepsis und Pyämie. Uterusruptur war unter Chantreuils 60 Fällen 6 mal, unter Hermanns 180 Fällen 11 mal die Todesursache; unentbunden starben von Cohnsteins 126 Fällen 19, bei Hermann unter 180 Fällen 13, bei Theilhaber unter 162 Fällen 6 (= 8,1 %). Eine wie große Rolle gerade die Therapie bei der verhängnisvollen Komplikation spielt, ergibt ohne weiteres ein vergleichender Überblick über die in den letzten 35 Jahren publizierten Zusammenstellungen größeren Materials.

Tabelle VI.

Autor	Jahr	Zahl der Fälle	†	= %	Quellenverzeichnis
Cohnstein	bis 1873	126	72	57,1 %	Archiv f. Gynäkologie, 1873, Bd. V, p. 366
Theilhaber	1873 bis 1893	162	51	31,5 %	Archiv f. Gynäkologie, 1894, Bd. 47, p. 56
Sarwey	1893 bis 1898	88	9	10,2 %	Veits Handbuch der Gynäkologie, I. Aufl., Bd. III, Abt. II, p. 506
Sarwey	1899 bis 1908	120	9	7,5 %	Veits Handbuch der Gynäkologie, II. Aufl., Bd. III, Abt. II
Sarwey	1900 bis 1908	29 nach Wertheim Operierte	—	—	Veits Handbuch der Gynäkologie, II. Aufl., Bd. III, Abt. II, p. 879/80

Wir ersehen daraus, daß sich die Sterblichkeit während oder kurz nach der Geburt und Operation um etwa das Doppelte verringert hat. Die Prozentzahlen der Dauerheilungen sind bei der verhängnisvollen Neigung der Carcinome überhaupt, und besonders der Schwangerschaftscarcinome, selbstverständlich keine so günstigen, doch haben auch diese unter dem Einfluß der Verbesserungen der operativen Maßnahmen in den letzten Jahren nicht unerheblich zugenommen.

Über die Resultate der nicht mit Schwangerschaft komplizierten Carcinome berichtet uns Orthmann an Hand von 45 einschlägigen Fällen wie folgt: Von den 45 Fällen starben im unmittelbaren Anschluß an die Operation 5, was einer primären Mortalität von 11 % entsprechen würde; auf die 41 vaginalen Operationen kamen 4 Todesfälle = 9,7 % und auf die 4 abdominalen 1 = 25 % Todesfälle. Die Todesursachen waren folgende: 3 mal Herzschwäche bei starker Anämie und Fettherz, 1 mal Sepsis (gestorben am 5. Tage p. o.) und 1 mal Pleuro-Pneumonie (gestorben am 9. Tage p. o.) Von den 40 primär geheilten Fällen konnten genauere Untersuchungen bei 37 der Frauen angestellt werden und ergaben deren weiteres Schicksal wie folgt:

Es trat ein Recidiv auf:

Nach	2 Monaten	in 2 Fällen	(wovon gestorben	2)
„	3 „	„ 2 „	(„ „	1)
„	4 „	„ 4 „	(„ „	1)
„	5 „	„ 1 „	(	)
„	6 „	„ 3 „	(	)
„	7 „	„ 1 „	(„ „	1)
„	9 „	„ 2 „	(	)
„	11 „	„ 1 „	(„ „	1)
„	12 „	„ 1 „	(„ „	1)
„	18 „	„ 1 „	(	)
also	zusammen	in 18 Fällen	(wovon gestorben	7)

Es sind recidivfrei geblieben:

6	Monate	2 Fälle
10	„	2 „
12	„	4 „
14	„	2 „
16	„	2 „
2	Jahre	3 „
2¼	„	1 „
2½	„	1 „
3	„	2 „

also zusammen 19 Fälle.

Diese Resultate geben uns ein günstiges Bild über die primären Operationsresultate, sind aber als Dauerheilungen insofern nicht anzusprechen, als z. Zt. ihrer Veröffentlichung ein Zeitraum von fünf Jahren noch nicht verflossen war. Wenn wir nach den von Winter aufgestellten Grundsätzen als Dauerheilung eine fünfjährige Recidivfreiheit betrachten, so stellt sich das Verhältnis der Dauerresultate von unkomplizierten Collumcarcinomen zu den mit Schwangerschaft komplizierten folgendermaßen:

Tabelle VII.

Autor	Zahl der über 5 Jahre beobachtet. Collumcarcinome	Recidiv	%	Dauerheilung	%
Winter	230	161	70	69	30
Leopold	42	21	50	21	50
Landau (Thumin)	45	35	78	10	22
Kaltenbach (Bücheler)	38	30	79	8	21

Demgegenüber verzeichnet von mit Schwangerschaft komplizierten Carcinomfällen Hense — ebenfalls unter Zugrundelegung einer fünfjährigen Recidivfreiheit — unter 41 Fällen 10 gesund gebliebene = 24 %, Glockner von 8 Fällen 2 gesund gebliebene = 25 % Dauerheilung. Gräfe berechnet nach 3jähriger Recidivfreiheit unter 79 Fällen mit 17 gesund gebliebenen 25 % Dauerheilung.

Wir ersehen also aus diesen im Wesentlichen übereinstimmenden Zahlen: Die Prognose des mit Schwangerschaft komplizierten Uteruscarcinoms ist zweifellos eine schlechtere als die des Collumcarcinoms überhaupt, und zwar lassen sich die Gesamtresultate etwa dahin zusammenfassen, daß von den unkomplizierten Carcinomen annähernd ein Drittel, von den mit Schwangerschaft und Geburt komplizierten Collumcarcinomen etwa ein Viertel durch die Operation länger als 5 Jahre von Krebs befreit, d. h. (nach den Winter'schen Prinzipien) dauernd geheilt werden.

Die Mortalitätsziffer der Kinder ist eine noch bedeutend höhere. Während ein großer Teil derselben schon im Verlauf der Schwangerschaft teils durch spontanen Abort, teils durch therapeutische Eingriffe an der Mutter, welche in der Regel den Abortus arteficiales bedingen, zu Grunde geht, gestaltet sich die Prognose für die ausgetragenen Kinder nicht günstiger. Über die Hälfte derselben kommt tot zur Welt, wofür auch hier die lange Dauer der Geburt, die gerade bei Schwangerschaftscarcinom häufig auftretenden schweren Traumen etc. verantwortlich zu machen sind.

Die Prognose ist auch für die Kinder wesentlich durch den Geburtsverlauf und die Therapie bedingt. Im allgemeinen sind die Resultate durch Forceps immer noch günstiger als die durch Wendung und Extraction und die Zange deshalb im allgemeinen vorzuziehen.

Die abdominelle Geburt ist selbstverständlich für das Leben des Kindes in jedem Falle am sichersten.

Therapie.

Eine Therapie des mit Schwangerschaft kombinierten Carcinoms kann einzig und allein in operativen Maßnahmen beruhen. Es wird sich deshalb in erster Linie um die Frage handeln? Ist das Carcinom operabel oder nicht?

Obwohl über den Begriff der Operabilität bei den meisten Autoren ziemliche Einigkeit herrscht, so gehen doch die Operabilitätsziffern außerordentlich stark auseinander. Die Operabilitätsziffer gibt nach der Döderlein'schen Definition in Prozenten das Verhältnis der Operierten zu den in der gleichen Zeit in der betreffenden Klinik überhaupt zugegangenen Carcinomen an. Es ist interessant, die enormen Schwankungen zu verfolgen, welche die Größe dieses Operabilitätsprozentes bei den einzelnen Autoren und zu verschiedenen Zeiten erlitten hat. Die von Ohrtmann im Jahre 1903 (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, Bd. 18, p. 720) aufgestellte Übersicht, die ich in der folgenden Tabelle (Tabelle VIII, Seite 111) wiedergebe, zeigt uns Differenzen von 14,7 bis 92,9 %, eine größere, von Döderlein gegebene Zusammenstellung (Tabelle IX, Seite 112) sogar Schwankungen von 6 bis 92,9 %.

Tabelle VIII.

No.	Operateur	Jahre	Carcinom-fälle	Operabel		Methode			Mortalität
				Fälle	%	vag.	abd.	beide	%
1	Chroback (11)	1890—1900	1203	213	17,7	1	—	—	5,6
2	Döderlein (6)	1897—1902	313	141	45,0	—	—	1	16,0
3	Küstner (11)	1893—1901	693	222	32,0	—	—	1	?
4	Mackenrodt (23)	1895—1898	?	38	92,9	1	—	—	18,0
5	Martin (14a)	1896—1901	327	142	43,4	—	—	1	11,6 (vag.) 37,5 (abd.)
6	Ohlshausen (11)	1885—1891	?	235	31,0	1	—	—	12,8
		1891—1900	?	671	47,0	1	—	—	6,0
7	Pfannenstiel	1894—1900	262	91	34,7	—	—	1	6,6
8	Rosthorn (11)	1898—1901	72	33	46,0	—	1	—	9,0
9	Schauta (34—43)	1892—1899	?	274	14,7	—	—	1	14,2
10	Schuchardt	1894—1900	103	58	56,3	1	—	—	12,0
11	Staude (40)	1894—1902	90	51	56,7	1	—	—	17,6
12	Wertheim (45—47	1898—1902	?	I. S. 30	29,2	—	1	—	40,0
				II. S. 30	40,0				17,0
				III. S. 30	52,9				10,4
13	Zweifel (11 u. 12)	1897—1901	974	260	26,7	—	—	1	8,4

Tabelle IX.

Operabilitätsprozente:

Ohlshausen-Schröder (1880—1887)	28,7	Prozent
Ohlshausen (1885—1891)	31,6	"
(1894—1896)	44,0	"
(1898—1900)	50,0	"
(1901—1902)	61.6	"
Gusserow	5—15,4	"
Freund	28,0	"
Leopold	20,4	"
Kaltenbach	40,0	"
Czerny	27,1	"
Frommel	20,6—33,0	"
Schauta	14,7, 18,0—46,5	"
Küstner	22,8—30,0	"
Schuchardt	56,0—61,0	"
Thorn	45,0	"
Fritsch (Breslau)	19,5	"
Fritsch (Bonn)	40,6	"
Zweifel	26,6	"
Chroback	15,6—29,0, 2,0—32,0	"
Pernice-Martin	34,0	"
Löhlein	30,2	"
Döderlein	48,3	"
Staude	64,5	"
Winter	58,0	"
Mackenrodt	92,9 (Igniexstirpation)	"
Pfannenstiel	28,6, 35,4—53,6	"
P. Müller	32,5—33,3	"
Torggler	8,0	"
Bäcker	10,0	"
Krönig	87,0	"
Akontz	13,3	"
v. Rosthorn	34,0	"
Croom	6,0	"
Lapschin	9,7	"
Holland (verschiedene Operateure)	33,0	"
Cullen	58,0	"

Die Verschiedenheit dieser Zahlen beruht auf dem Schwanken der Indikationsbreite bei den einzelnen Operateuren, je nachdem diese nur günstige oder aber auch fortgeschrittenere und ungünstigere Carcinome zur Operation bestimmen. Aber es ist wohl auch eine örtliche und vielleicht auch zeitliche Verschiedenheit des Carcinommaterials hieraus abzuleiten, so daß aus solchen Zahlendifferenzen gezogene Schlüsse bei Vergleichen nur sehr mit Vorsicht zu bewerten sind.

Ist aber einmal die Operabilität des Carcinoms festgestellt, so ist, darüber herrscht völlige Einheit der Ansichten, der einzig mögliche und einzig indizierte Weg der Therapie die sofort auszuführende Radikaloperation, ohne jegliche Rücksicht auf die Frucht, gleichgiltig, in welchem Monat sich die Schwangerschaft befindet. Bei vorhandener Operabilität ist also die Therapie des mit Schwangerschaft kombinierten Uteruscarcinoms grundsätzlich dieselbe, wie bei unkompliziertem Uteruscarcinom.

Solange brauchbare Operationsmethoden zur gründlichen Exstirpation des Carcinoms noch nicht bekannt waren, versuchte man lediglich durch geburtshilfliche Maßnahmen, wie Abortus arteficialis, den Gefahren dieser Komplikation einigermaßen zu begegnen. Später verlegte man sich wegen der traurigen Erfolge dieses Verfahrens darauf, das Leben des Kindes zu erhalten, also die Gravidität möglichst bis zu ihrem normalen Ende kommen zu lassen, gleichzeitig durch lokale therapeutische Eingriffe das Carcinom in seinem Weiterschreiten einigermaßen aufzuhalten und die von ihm ausgehenden Beschwerden und Komplikationen zu verhindern; Pinard vertrat bis vor wenigen Jahren rücksichtslos den Standpunkt, die Mutter einfach ihrem Schicksal zu überlassen, um auf alle Fälle ein lebendes Kind zu erzielen. Nachdem schon Anfang des vorigen Jahrhunderts die Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus von Langenbeck (1813) und Sauter (1822), später von Blundell, von Siebold, Recamier, Kiefer, Casseli, Henig (publiziert 1876) gemacht worden war, traten

1878 W. A. Freund und bald darauf Czerny und Schröder mit Methoden, den ganzen Uterus zu exstirpieren, an die Öffentlichkeit. Freund's Verfahren, vom Abdomen aus den Uterus zu exstirpieren, wurde bald durch die Czerny'sche vaginale Operation verdrängt; dies war binnen Kurzem die typische Operation für die Radikalbehandlung des Uteruscarcinoms geworden. Für gewisse Fälle, d. h. für diejenigen, in welchen die Carcinomentwicklung der Portio noch in den ersten Anfängen begriffen ist, konkurierte mit ihr noch die hohe (supravaginale) Amputation des Cervix uteri. Die Bestrebungen vorwiegend deutscher Operateure der letzten zehn Jahre haben ergeben, daß nicht nur die abdominale Operation mit Entschiedenheit wieder in den Rahmen der rationellen operativen Verfahren aufgenommen werden muß, sondern sogar, daß abdominale Verfahren allein berufen sind, in vielen Fällen von Krebs des Uterus die Ausrottung mit solcher Exaktheit, Gründlichkeit und in solchem Umfange vorzunehmen, daß die Hoffnung auf Radikalheilung berechtigt erscheint. Besonders die Wertheim'sche Methode scheint diejenige zu sein, welche auf Grund ihrer ausgezeichneten, in den letzten Jahren vielfach bestätigten Resultate, sich allen andern Methoden überlegen erweist und deshalb sozusagen bei mit Schwangerschaft kompliziertem, wie bei unkompliziertem Carcinom, die Zukunftsoperation darstellt.

Die prinzipielle Frage, was bei Schwangerschaftscarcinom nach konstatierter Operabilität zu geschehen hat, wird, wie bereits gestreift wurde, heute wohl allgemein dahin beantwortet: Es ist sofort auf operativem Wege eine möglichst gründliche und möglichst weitgehende Entfernung des weiblichen Genitaltraktus vorzunehmen. Unser Verhalten der Frucht gegenüber ist dabei folgendes: In den ersten $^{2}/_{3}$ der Gravidität ist ohne weiteres auf die Erhaltung des kindlichen Lebens Verzicht zu leisten. Bei bereits lebensfähigem Kinde ist bei der Wahl der Operationsmethode auf das Leben der Frucht Rücksicht zu nehmen, mit andern Worten, womöglich die operative Entbindung eines lebenden Kindes mit der Carcinomoperation zu verbinden. Keinesfalls darf — bei

bestehender Operabilität des Carcinoms — im Interesse des Kindes die Radikaloperation aufgeschoben werden, da dies nicht ohne schwerste Gefährdung des mütterlichen Lebens geschehen könnte. Es ist also nur noch die zweite Frage zu beantworten: Auf welchem Wege ist dieses Ziel am besten, sichersten und ungefährlichsten zu erreichen?

Wir haben hier zu wählen einmal zwischen dem vaginalen und dem abdominellen Weg, zweitens zwischen den einzelnen Methoden, die bei diesem wie jenem Wege ausgebildet sind.

Wenden wir uns zunächst zur vaginalen Exstirpationsmethode: Nach den Erfahrungen der letzten Jahre läßt es sich nicht bestreiten, daß gerade der schwangere Uterus sich einfach und unter relativ geringeren Schwierigkeiten als der nicht schwangere aus seiner Umgebung lösen und von seinen Nachbarorganen befreien läßt, da die mit der Schwangerschaft einhergehende Saftanreicherung, seröse Durchtränkung und Auflockerung des Gewebes eine größere Beweglichkeit desselben und damit eine größere Operationsfreiheit gestattet. Der vaginale Weg ist bis zum vierten Monat fast stets brauchbar, einige Autoren haben die Entfernung des graviden Uterus sogar bis zum sechsten Monat auf vaginalem Wege bewerkstelligen können. Im einzelnen Falle sind dabei selbstverständlich die individuell sehr verschiedenen Befunde der einzelnen Patientinnen von maßgebender Wichtigkeit; so z. B. werden sich Pluri- und Multipare viel eher für den vaginalen Weg eignen als Primipare u. a. m., so daß sich hier allgemein giltige Regeln nicht aufstellen und durchführen lassen. Hat der schwangere Uterus eine solche Größe erreicht, daß er unverkleinert auf dem vaginalen Wege nicht mehr entfernt werden kann — diese Fälle werden im zweiten Drittel der Gravidität vorherrschen —, so kann man durch Ablassen des Fruchtwassers mittels Eihautstichs, durch tiefe Scheidendammincisionen oder durch die Hysterotomia vaginalis anterior nach Dührßen-Bumm den Uterus ganz oder teilweise entleeren und dann die Exstirpation anschließen.

In den letzten drei Schwangerschaftsmonaten, wo wir neben der Heilung der Mutter auch die Geburt eines lebenden Kindes im Auge haben müssen, ist der vaginale Kaiser-

schnitt nach Dührßen das beste und jetzt allgemein anerkannte Verfahren.

Der vaginale Weg ergibt also, um es kurz zu rekapitulieren, folgende Möglichkeiten:

1. Im ersten Drittel der Schwangerschaft: vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus ohne vorherige Entleerung desselben. In 38 hierher gehörigen, von Sarwey gesammelten Fällen wurden sämtliche Mütter primär geheilt entlassen.
2. Im zweiten Drittel der Schwangerschaft: vaginale Totalexstirpation nach vorausgegangener Entleerung des Uterus, welche durch Blasenstich, durch blutige oder unblutige Erweiterung des Cervix erfolgen kann. Auch dieses Verfahren ergibt schöne Resultate. Bei den 15 beschriebenen Fällen dieser Art konnten ebenfalls alle 15 Mütter primär geheilt entlassen werden.
3. Im letzten Drittel der Schwangerschaft: vaginale Totalexstirpation nach vorausgegangenem vaginalen Kaiserschnitt. Die sich stetig mehrenden ausgezeichneten Erfolge, welche dieses Verfahren trotz der zahlreichen Bedenken, die zunächst dagegen geltend gemacht wurden, errungen hat, mußten den Skeptizismus, mit dem viele Gynäkologen der neuen Methode gegenübertraten, überwinden und den vaginalen Kaiserschnitt zu dem machen, was er heute unbestritten darstellt: Einer der besten und erfolgreichsten therapeutischen Eingriffe, speziell bei Schwangerschaftscarcinomen.

Dührssen selbst hat bis zum Jahre 1906 46 eineinschlägige Fälle im von Winkelschen Handbuch der Geburtshilfe (Bd. III, Teil I, p. 658—660) zusammengestellt (cf. — Statistik No. 388 bis No. 432), unter denen sich nur 5 Todesfälle befinden. Das Carcinom des Cervix ist von Dührssen sogar als erste Indikation zum vaginalen Kaiserschnitt genannt worden. Die erwähnten 46 Fälle haben sich in den letzten beiden Jahren noch um einige vermehrt, und es ist von Interesse, auf dieselben des näheren einzugehen, um die noch immer diskutierte Brauchbarkeit der Dührssenschen Operation zu illustrieren.

Im speziellen ist der radikale vaginale Kaiserschnitt wegen Carcinom von folgenden Operateuren ausgeführt:

1. Acconci 1mal. Nachdem die Neubildung mit dem Pacquelin entfernt war, wurde die vordere und hintere Uteruswand gespalten und dabei das Peritoneum eröffnet. Die Mutter starb in einem nach Diätfehler und profusen Diarröhen eingetretenen Kollaps an akuter allgemeiner Anämie. Das Kind, welches 1780 g wog, blieb am Leben.
2. Winter 3mal. Im ersten Falle wurde die Spaltung der vorderen Wand bis auf 6 cm über das Orificium internum vorgenommen. Die Mutter wurde geheilt, das Kind starb.

   Im zweiten Falle wurde die vordere und hintere Uteruswand gespalten, nachdem die beiden Uterinae unterbunden waren. Die Mutter wurde geheilt, bekam aber nach einem halben Jahr ein Recidiv und starb. Das Kind starb intrauterin infolge Unterbindung der Uterinae ab.

   Im dritten Falle wurde nach Spaltung der vorderen und hinteren Uteruswand die Wendung und Extraction eines lebenden Kindes gemacht. Die Mutter starb 4 Monate später an Recidiv.
3. Hegar 1mal. Nach Spaltung der vorderen Uteruswand wurde das Kind extrahiert, welches tot war (VI. S.-M.). Die Mutter wurde geheilt.
4. Pfannenstiel 1mal. Spaltung bis über den inneren Muttermund und Unterbindung der Basis der Ligamenta lata. Eröffnung der Plica anterior. Die Mutter wurde geheilt, das Kind war tot (VI. S.-M.).
5. Mittermeyer 1mal. Spaltung der vorderen Uteruswand und Eröffnung der Plica anterior. Die Mutter wurde geheilt, das Kind war nicht lebensfähig.
6. Seiffert 2mal. Im ersten Falle wurde die vordere Uteruswand gespalten und die Totalexstirpation angeschlossen nach Extraktion eines lebenden Kindes von 8½ Pfund. Die Mutter wurde geheilt. Im zweiten Falle wurde die vordere Uteruswand gespalten und

die Parametrien abgebunden. Es wurde ein lebendes Kind erzielt, das 4500 g wog. Die Mutter starb an Herzschwäche am zweiten Tage p. p.

7. Schauta 1mal. Spaltung der vorderen und hinteren Uteruswand. Es wurde ein lebendes Kind erzielt, das bald starb. Die Mutter wurde geheilt.
8. Michelini 1mal. Nach Ausschneiden der Geschwulst folgte die Spaltung der vorderen Uteruswand und Eröffnung des Douglas, darauf folgte die Wendung und Extraction eines 2000 g schweren Kindes. Die Mutter wurde geheilt. Das Kind aus dem VIII S.-M. starb 2 Stunden p. p.
9. Döderlein 2mal. In beiden Fällen wurde die vordere Uteruswand gespalten, dann folgte die Wendung und Extraktion. In einem Falle wurde die Zange angelegt. Die Mütter wurden geheilt entlassen, die Kinder leben.
10. Thorn 2mal. In beiden Fällen wurde die vordere Uteruswand gespalten mit nachfolgender Wendung und Extraktion. Im ersten Falle wurde die Mutter geheilt und ein 3250 g schweres Kind extrahiert. Im zweiten Falle starb die Mutter 20 Stunden p. p. an Sepsis. Während der Operation hatte ein Weiterreißen des Schnittes bis in den Fundus hinein stattgefunden. Das Kind wurde perforiert.
11. Baumm 1mal. Vaginaler Kaiserschnitt. Die Mutter erlag einer Peritonitis, das Kind war tot (VIII. S.-M).
12. Ohlshausen 3mal. In allen drei Fällen wurde die Spaltung der vorderen Uteruswand bis über den inneren Muttermund gemacht, darauf folgte die Wendung und Extraktion.

    Alle drei Mütter wurden geheilt; im ersten Falle wog das Kind 2900 g und blieb am Leben, im zweiten Falle starb das Kind bald nach der Operation, im dritten Falle war das Kind nicht lebensfähig.
13. Kötschau 1mal. Nach medianer Spaltung der vorderen Uteruswand und Incision der Cervix links und hinten wurde die Zange angelegt. Die Mutter wurde geheilt.

14. Solowij 2mal. Vaginaler Kaiserschnitt. Im ersten Falle wurde die Mutter geheilt, das Kind starb bald darauf. Im zweiten Falle starb die Mutter nach einem Jahre, das Kind starb 3 Stunden p. p.
15. Jordan 1mal. Nach Spaltung der vorderen und hinteren Uteruswand mit Eröffnung des Peritoneums wurde die Wendung gemacht nnd ein lebendes Kind aus dem X. S.-M. extrahiert. Die Mutter wurde geheilt.
16. Werth-Groß 1mal. Nach Spaltung der vorderen Cervix- und Uteruswand und Eröffnung des Douglas wurde ein Kind aus dem VI. S.-M. tot geboren, die Mutter wurde nach Exstirpation des Uterus geheilt entlassen. Nach einigen Monaten bildete sich ein Recidiv und sie starb.
17. Merttens 1mal. Der Uterus wurde links seitlich aufgeschnitten und dabei der Douglas eröffnet, darauf folgte die Wendung uud Extraction eines lebenden Kindes. Die Mutter wurde nach Exstirpation des Uterus geheilt.
18. Zweiffel 1mal. Vaginaler Kaiserschnitt nach Dührßen. Die Mutter wurde geheilt, bekam aber nach dreiviertel Jahren ein Recidiv. Das Kind aus dem X. S.-M. lebt.
19. Frank 1mal. Nach Spaltung der vorderen Uteruswand und Eröffnung des Douglas erzielte er ein 3700 g schweres, lebendes Kind. Die Mutter wurde geheilt, Während der Operation fand eine starke Blutung statt und eine Verletzung der Blase.
20. Kallmorgen 1mal. Spaltung der vorderen Uteruswand, Wendung und Extraction. Die Mutter wurde geheilt. Zwillinge von dreieinhalb und dreidreiviertel Pfund aus dem VIII. S.-M. starben nach einiger Zeit.
21. Bumm 2mal. In beiden Fällen wurde die vordere Uteruswand gespalten mit nachfolgender Wendung und Extraktion. Im ersten Falle wurde die Mutter geheilt und ein lebendes, 2300 g schweres Kind aus dem X. S.-M. entwickelt; die Mutter bekam ein Recidiv nach drei Monaten. Im zweiten Falle wurde die Mutter ge-

heilt und ein 2250 g schweres Kind aus dem VIII. S.-M. entwickelt.

22. Weber 1 mal. Nach Spaltung der vorderen und hinteren Uteruswand und Eröffnung des Douglas wurde die Wendung und Extraction eines 2300 g schweren, lebenden Kindes aus dem X. S.-M. gemacht, das nach 4 Wochen starb. Während der Operation fand eine starke Blutung statt, Cystitis und Fieber folgten.

23. Orthmann 1 mal. Nach Spaltung der vorderen Uteruswand und Eröffnung des Douglas wurde ein 4000 g schweres Kind entwickelt. Die Mutter starb an Anämie, das Kind blieb am Leben.

24. Fehling 1 mal. Vaginaler Kaiserschnitt. Die Mutter wurde geheilt, das Kind lebt.

25. Toth 1 mal. Nach Spaltung der vorderen und hinteren Uteruswand ohne Eröffnung des Peritoneums wurde ein 2340 g schweres Kind aus dem IX. S.-M. erzielt, welches am Leben blieb.

26. Tauffer 1 mal. Die Mutter wurde geheilt, nach acht Wochen entstand ein Recidiv.

27. Ostrcil 1 mal. Vaginaler Kaiserschnitt. Die Mutter wurde geheilt, das Kind lebt.

28. Schröder 1 mal. Schuchardscher Schnitt und Spaltung der vorderen Uteruswand. Eröffnung des Peritoneums, Wendung u. Extraction eines toten Kindes aus dem VI. S.-M.

29. Schwarzwäller 1 mal. Vaginaler Kaiserschnitt. Nähere Angaben fehlen.

30. Jerie 1 mal. Vaginaler Kaiserschnitt. Die Mutter wurde geheilt, das Kind lebt.

31. Nagel 1 mal. Vaginaler Kaiserschnitt. Die Mutter wurde geheilt: das Kind war nicht lebensfähig.

32. Busalla 1 mal. Genesung der Mutter. Das Kind aus dem VI. S.-M. war nicht lebensfähig.

33. Kamann 1 mal. Nach Spaltung der vorderen Uteruswand und Forceps wurde ein lebendes Kind entwickelt. Die Mutter wurde geheilt.

34. v. Knorre 2 mal. Vaginaler Kaiserschnitt. In beiden

Fällen wurde die Mutter geheilt. Von den Kindern starb im ersten Falle eines, das 1100 g wog, bald nach der Geburt; das zweite wurde lebend durch Forceps entwickelt und wog 2238 g (9. S.-M.).

35. Hammerschlag 2 mal. Vaginaler Kaiserschnitt. In beiden Fällen überlebten die Mütter den Eingriff 2 bezw. 6 Monate. Beide Kinder blieben am Leben.

36. Seitz 1 mal. Nach Spaltung der vorderen Uteruswand und Wendung wurde ein 2950 g schweres Kind extrahiert. Die Mutter starb 5 Monate nachher an Recidiv. Das Kind lebt.

37. Frigyesi 2 mal. In beiden Fällen wurde nach dem vaginalen Kaiserschnitt die Totalexstirpation des Uterus angeschlossen. In beiden Fällen wurden die Mütter geheilt.

38. Scheib 1 mal. Vaginaler Kaiserschnitt, Zange. Die Mutter wurde geheilt, das Kind lebt.

39. Béla Nadory 3 mal. In allen drei Fällen wurde die vordere Uteruswand gespalten und die Plica anterior eröffnet, darauf folgte die Wendung und Extraction. In zwei Fällen wurde die Mutter geheilt, im dritten Falle starb die Mutter plötztich ohne Fieber. In allen drei Fällen blieben die Kinder am Leben. Das erste Kind wog 1700 (7.—8. S.-M.), das zweite 1300 und das dritte 2000 g (8. S.-M.).

40. Dührßen 1 mal. Nach Spaltung der vorderen und hinteren Uteruswand wurde ein lebendes Kind erzielt; die Mutter starb jedoch an Collaps 5 Tage p. p.

41. Büttner 1 mal. Nach Spaltung der vorderen Uteruswand folgte die Wendung und Extraction eines 1350 g schweren Kindes. Die Mutter wurde geheilt. Das Kind starb 3 Stunden p. p.

42. Jacobson 1 mal. Vaginaler Kaiserschnitt. Die Mutter wurde geheilt; das Kind war nicht lebensfähig.

43. Fritsch 1 mal. Vaginaler Kaiserschnitt. Die Mutter wurde geheilt. Das Kind war nicht lebensfähig.

44. Stamm 1 mal. Vaginaler Kaiserschnitt. Die Mutter

wurde geheilt, das Kind war nicht lebensfähig und starb.

45. Amann 1 mal. Vaginaler Kaiserschnitt. Die Mutter wurde geheilt. Ohne nähere Angaben.

46. Savage 1 mal. Spaltung der Uteruswand. (?) Extraction eines lebenden Kindes. Die Mutter starb 6 Monate p. p. an Recidiv.

Die angeführten Fälle der Literatur zeigen, daß wegen Carcinom 60 mal von 46 verschiedenen Operateuren der radikale vaginale Kaiserschnitt gemacht worden ist. Die spezielle Technik, deren man sich bediente, gestaltete sich folgendermaßen: Bei 38 von den 60 Fällen sind genaue Angaben über die Anlegung des Schnittes gemacht worden; unter diesen ist in 9 Fällen die vordere und hintere Uteruswand, in 28 Fällen die vordere Uteruswand allein und in einem Fall die Uteruswand seitlich gespalten worden. Unter den 28 Fällen bei Spaltung der vorderen Uteruswand wurde einmal der Schuchardtsche Schnitt und einmal eine Incision links hinten und seitlich gemacht. Dabei wurde 10 mal bei Spaltung der vorderen und hinteren und einmal bei Spaltung der seitlichen Uteruswand das Peritoneum geöffnet. Während der Operation entstanden in zwei Fällen starke Blutungen, in einem Falle Verletzung der Blase und in einem andern Falle Weiterreißen des Schnittes bis in den Fundus trotz vorhergegangener Perforation des Kindes. In den übrig bleibenden 21 Fällen wurde eine Angabe der genaueren Technik in der Literatur nicht gemacht. Das Gewicht des Kindes betrug 1100—4500 g. Was die Mutter anbelangt, so ergibt sich, daß von 60 Müttern 7 im Laufe von 20 Stunden bis 5 Tagen p. p. starben, darunter 3 an Collaps (Seiffert, Béla Nadory, Dührßen), 2 an Anämie (Acconi, Orthmann), 2 an Sepsis (Thorn, Baumm). Der Tod dieser 7 Mütter muß daher der Operation zur Last gelegt werden. Die primäre Mortalität der Mütter ist demnach eine recht große, nämlich 11,06 %.

Von den übrigen 53 Müttern stellten sich bei 11 in einem Zeitraum von 2 Monaten bis zu einem Jahre nach der Operation Recidive ein. Die sekundäre Mortalität an Carcinomrecidiv der Mütter beträgt daher 20,75 % und

liefert damit den Beweis, daß der vaginale Kaiserschnitt in dieser Beziehung kein sehr glänzendes Resultat aufzuweisen hat. Die Morbidität der Mütter kann als eine geringe bezeichnet werden, da nur einmal Fieber im Wochenbette, einmal Cystitis angegeben sind und einmal Verletzung der Blase (Frank) mit starker Blutung.

Was die Kinder anbelangt, so finden wir über 53 von ihnen Angaben gemacht. Von diesen kommen nur 47 lebensfähige zur Berechnung in Betracht. 31 Kinder blieben am Leben (61,7 %). In einem Falle wurde das Kind perforiert; in 6 weiteren Fällen wurde das Kind tot geboren, darunter starb ein Kind vor der Operation infolge Unterbindung der Uterinae. 6 Kinder waren nicht lebensfähig; 9 Kinder starben bald nach der Geburt, woraus hervorgeht, daß die Mortalität der Kinder eine recht erhebliche ist, nämlich 39,5 %.

Während wir aus diesen Zusammenstellungen einerseits ersehen haben, daß der vaginale Kaiserschnitt nach Dührßen für viele Fälle ein ausgezeichnetes Verfahren darstellt, welches sehr günstige Erfolge aufzuweisen hat, können wir uns auf der andern Seite der Tatsache nicht verschließen, daß demselben auch einige nicht unerhebliche Nachteile anhaften: Die relativ große primäre Mortalität der Mütter von 11,05 %, bei welchen zweifellos Infektionen seitens des schwer desinfizierbaren Carcinomgewebes mitsprechen, die große Mortalitätsziffer der Kinder, besonders die Unmöglichkeit, das parametrane Beckenbindegewebe in der erforderlichen Weise mit zu entfernen, vergrößerte carcinomatöse Drüsen auszuräumen und event. regionäre Metastasen im Netz und in den Mesenterien des Darmes etc. zu erkennen und zu entfernen. — All dies hat neuerdings zahlreiche Gynäkologen dazu gedrängt, den abdominellen Weg wieder zu versuchen, der auch speziell in der von Freund und Wertheim angegebenen Form die an ihn geknüpften Erwartungen, obengenannten Uebelständen abzuhelfen, nicht getäuscht hat. Es ist wohl zweifellos, daß die abdominelle Methode der Mutter die vaginal schwer vermeidbare Läsion des infizierten Gewebes erspart. Mit dem Vorteil einer größeren Übersichtlichkeit verbindet die abdominelle Operation den einer weitgehenderen Möglich-

keit, durchaus im Gesunden zu operieren. Nach den augenblicklich herrschenden Anschauungen würde dann zugleich die bei Dührßens Methode auf 18,03 % berechnete (sicher dabei zu niedrig angegebene) sekundäre Mortalität an Carcinomrecidiv stark reduziert werden können, zumal die abdominelle Uterusexstirpation nach erfolgter Entwicklung des Kindes durch klassischen Kaiserschnitt relativ leicht ist.

Auch der abdominelle Weg gestattet im wesentlichen 3 Methoden:

1. Die kombinierte abdomino-vaginale Totalexstirpation, deren Anhänger (Zweifel, Stocker, Fehling, Hermandez, Sanderson, Fortain) der supravaginalen Amputation des Uterus die vaginale Exstirpation des Collums bezw. umgekehrt (v. Ott, Goebel, Werth, Kerr) der vaginalen Entfernung der Cervix, die abdominale Exstirpation des Uterus anschließen. Diese, sowie
2. die Freundsche abdominale Totalexstirpation ist in zahlreichen Fällen mit gutem Erfolge ausgeführt.

   Ganz auffallend günstige Resultate zeigt die erst neuerdings in Aufnahme kommende, nach Wertheim erweiterte Freundsche Operation:
3. Die Wertheimsche Radikaloperation, welche alle Vorteile des abdominellen Weges in ausgezeichneter Weise in sich vereinigt und nach den bisherigen Erfahrungen eine überaus tröstliche Perspektive für unsere hier in Frage stehende traurige Kombination von Schwangerschaft und Carcinom eröffnet.

„Die Vorteile dieser Operation“, schreibt Sarwey, „sind für jeden, der sie aus eigener Erfahrung kennen gelernt hat, so sehr in die Augen springend, daß es außerordentlich nahe liegt, die Wertheimschen operativen Grundsätze auch auf das Schwangerschaftscarcinom auszudehnen. Und in der Tat, die Durchsicht der jüngsten Literatur ergibt eine von Jahr zu Jahr zu verfolgende Zunahme ihrer Ausführung, auch bei Schwangerschaftscarcinom, und die eigenen und fremden Erfahrungen haben die Überzeugung in mir gefestigt, daß diese in Zukunft alle andern, insbesondere die vaginalen Operationsverfahren

nicht nur für die letzten Monate, sondern für die ganze Zeit der Schwangerschaft verdrängen wird; wie in der operativen Behandlung des Carcinoms außerhalb der Gravidität, so wird sich auch in derjenigen des Schwangerschaftskrebses ein völliger Umschwung der Anschauungen in diesem Sinne vollziehen."

In der Tat sind die Resultate der bisher publizierten 29 Fälle von Wertheim'scher Radikaloperation bei Schwangerschaftscarcinom, die ich hier in tabellarischer Übersicht folgen lasse, so deutlich, daß diese Methode voraussichtlich über kurz oder lang jedes andere Verfahren aus dem Felde schlagen wird.

Tabelle X.

No.	Autor	Alter	para	Sitz des Krebses	Schwangerschaftsmonat	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
1	Micholitsch Op. am 7. IX. 1900)	41	X	Portio, lab. ant.	VIII.	geheilt entlassen	lebt	—	Centralbl. f. Gyn. 1901, No. 3, p. 77.
2	Küstner	37	IX	Cervix.	IX.	geheilt entlassen	lebend geboren	Mutter behält Blasenscheidenfistel. Kind stirbt 1 Stde. p. p. an intrakraniellem Haematom.	Centralbl. f. Gyn. 1906, No. 37, p. 1025
3	Reifferscheid	39	V	Portio-vagina.	X.	geheilt entlassen	lebt	—	Deutsche med. Wochenschr. 1906, No. 21, p. 812.
4	Liepmann	—	—	Portio.	X.	geheilt entlassen	lebt	—	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1907, Bd. LIX, H. 2, p. 362.
5	Trotta	28	III	Portio (lab. post.)	X.	geheilt entlassen	lebt	—	Centralbl. f. Gyn. 1907. No. 48, p. 1517.
6	Sarwey	35	III	Cervix-portio.	X.	geheilt entlassen	lebt	—	Handbuch der Gynäkologie, herausgegeb. v. J. Veit, II. Auflage, III. Bd., 2. H., p. 856.
7	J. Veit	32	VI	Cervix.	IX.	geheilt entlassen	lebt	—	A. Lehmann, I.-D. Halle a. S. 1908, Fall 1.
8	Derselbe	36	VIII	Cervix.	VIII.	geheilt entlassen	—	—	Derselbe, Fall 3.

No.	Autor	Alter	para	Sitz des Krebses	Schwangerschaftsmonat	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen	Quellenverzeichnis
9	J. Veit	36	XII	Cervix.	X.	geheilt entlassen	lebt	—	Derselbe, Fall 6.
10	Derselbe	28	X	Portio-Cervix.	X.	geheilt entlassen	lebt	—	Derselbe, Fall 7.
11	Döderlein	36	—	Portio.	VIII.	geheilt entlassen	lebt	—	Nicht veröffentlicht. Pers. Mitteilung an Sarwey.
12	Derselbe	42	VII	Cervix.	VI.	geheilt entlassen	lebend,	nicht lebensfähig.	do.
13	Cramer	32	VI	Portio, lab. ant.	IX.	geheilt entlassen	lebt	—	Sitzungsbericht d. Niederrhein. Ges. für Natur- u. Heilkunde zu Bonn.
14	Döderlein	40	XI	Portio.	VI.	geheilt entlassen	—	—	Nicht veröffentlicht. Pers. Mitteilung an Sarwey.
15	Derselbe	42	XI	Portio-vagina.	III.	geheilt entlassen	—	—	do.
16	Derselbe	43	XIII	Portio.	III.	geheilt entlassen	—	—	do.
17	Derselbe	42	XVIII	Portio.	V.	geheilt entlassen	—	—	do.
18	Derselbe	43	XII	Portio.	V.	geheilt entlassen	—	—	do.
19	Polloson	34	V	Cervix.	IV.	geheilt entlassen	—	—	Annal de Gyn. 1905, p. 479.

No.	Autor	Alter	para	Sitz des Krebses	Schwangerschaftsmonat	Resultat für		Bemerkungen	Quellenverzeichnis
						Mutter	Kind		
20	v. Franqué	—	—	Portio.	VI.	geheilt entlassen	—	—	Centralbl. f. Gyn. 1906, No. 5, p. 157.
21	Wertheim	—	—	Portio, lab. ant.	VI.	geheilt entlassen	—	—	ibidem, p. 158 u. 139.
22	Derselbe	—	—	Portio.	II.	geheilt entlassen	—	—	ibidem.
23	Derselbe	—	—	Portio, lab. post.	I.	geheilt entlassen	—	—	ibidem.
24	Derselbe	—	—	—	III.	geheilt entlassen	—	—	ibidem.
25	Derselbe	—	--	Portio, lab. post.	IV.	geheilt entlassen	—	—	ibidem.
26	Sarwey	32	VII	Portio.	II.	geheilt entlassen	—	—	Handbuch der Gynäkologie, herausg. v. J. Veit, II. Auflage, III. Bd. 2. H., p. 856.
27	J. Veit	38	VII	Cervix.	III. (?) (abortus incompletus)	geheilt entlassen	—	—	A. Lehmann, I.-D. Halle a. S. 1908, Fall 2.
28	Derselbe	37	XIII	Cervix.	V.	geheilt entlassen	—	—	Derselbe, Fall 4.
29	Derselbe	38	VII.	Cervix.	Anfang	geheilt entlassen	—	Mutter behält Blasenscheidenfistel.	Derselbe, Fall 5.

Wir ersehen aus diesen Angaben, daß die Wertheimsche Radikaloperation bei Schwangerschaftscarcinom sowohl in der ersten, als auch in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft bei Collumcarcinomkranken zwischen dem 28. und 43. Lebensjahre, bei Erst-, Mehr- und Vielgebärenden zur Ausführung kam, und daß alle Mütter primär geheilt entlassen werden konnten.

Von den 11 in den letzten 3 Schwangerschaftsmonden durch Kaiserschnitt entwickelten Kindern kamen alle lebend zur Welt. Es handelt sich in all diesen Fällen selbstverständlich zunächst nur um primäre Resultate, da die notwendigen Nachuntersuchungen noch ausstehen, und der seit der Operation verstrichene Zeitraum noch zu kurz ist, um von endgültiger Heilung des Carcinoms sprechen zu können.

Die Therapie des operablen Carcinoms in der Geburt.

Liegt der Fall so, daß bei operablem Carcinom die Wehentätigkeit eingesetzt hat, so bestehen für den Therapeuten wiederum mehrere Möglichkeiten:

1. Man kann versuchen, die Geburt spontan vor sich gehen zu lassen, vorausgesetzt, daß das Carcinom noch nicht eine solche Ausdehnung angenommen hat, daß es die Portio zirkulär ergriffen, sie in einen starren Ring umgewandelt und somit kein dehnungsfähiges Gewebe zurückgelassen hat, auf dessen Kosten der Durchtritt des kindlichen Kopfes eventl. vor sich gehen könnte. Dieser Weg kommt also lediglich dann in Betracht, wenn nur Teile des Collum carcinomatös infiltriert sind, oder erst einzelne harte Krebsknoten bestehen, kurz, wenn sich das Carcinom im Anfangsstadium befindet, In seltenen Fällen kommt es, wie bereits erwähnt, dazu, daß der vordringende kindliche Kopf die Geschwulstmassen in toto abquetscht, so daß dieselben, stets natürlich unter heftiger Blutung, vor dem Kopf geboren werden. Bei lebensfähigem Kinde kann man durch Forceps, Wendung, Extraktion, eventl. mit Hilfe

blutiger Eingriffe die Geburt mehr oder weniger glücklich beendigen. Bei totem Kinde wird man durch Anwendung der zerstückelnden Operationen die Mutter am weitgehendsten schonen können.

Welche großen Nachteile und Gefahren aber die Geburt per vias naturales bei carcinomatös infiltriertem Collum hat, ist schon wiederholt erwähnt und betont worden. Weitgehende Zerreißungen der mütterlichen Weichteile, heftigste Blutungen, erhöhte Disposition für septische Erkrankungen sind nicht zu vermeiden und können selbstverständlich das Leben der Mutter schwer gefährden. Daß bei einem solchen Verlauf der Geburt das Kind sehr häufig zu Grunde geht, ist nicht anders zu erwarten.

Da nun einerseits diese schweren Gefahren für Mutter und Kind dringend Abhilfe erheischen, da ferner, wie wir gesehen haben, bei Schwangerschaftscarcinom sofortiges operatives Eingreifen im Interesse der Mutter dringend erforderlich ist, weil erfahrungsgemäß das Carcinom im Wochenbett so rapide Fortschritte macht, daß jeder Tag kostbar ist — da endlich unsere modernen Operationsmethoden in ausgezeichneter Weise die Beendigung der gefährlichen Geburt, die Exstirpation des Carcinoms und die Erzielung eines lebenden Kindes berücksichtigen und vereinen, erscheint es indiziert, auch in der Geburt unverzüglich

2. die operative Therapie einzuschlagen. Auch hier ist es der vaginale Kaiserschnitt und die Wertheim'sche Radikaloperation, welche in erster Linie in Betracht kommen, und es ist auch hier wiederum die Wertheim'sche Methode, welche diesem dreifachen Ziele am besten gerecht zu werden imstande ist. Sie wird deshalb auch für die Operation während der Geburt grundsätzlich bevorzugt und scheint auch hier wie in der Schwangerschaft alle anderen Methoden zu verdrängen. Von den 29 in der vorhergehenden Tabelle wiedergegebenen Fällen waren 11, bei denen die Operation in den letzten drei Schwangerschaftsmonaten aus-

geführt wurde, und der Erfolg scheint die prinzipielle Bevorzugung der Wertheim'schen Methode voll und ganz zu rechtfertigen. Alle 11 Mütter wurden primär geheilt entlassen, alle 11 Kinder kamen lebend zur Welt.

Die Behandlung des inoperablen Carcinoms in der Schwangerschaft.

Ist der Fall desolat, sind die Parametrien weit infiltriert, hat das Carcinom den Harnapparat, die unteren Darmabschnitte, Beckenbindegewebe, Lymphdrüsen und Lymphgefäßapparat mit ergriffen, sagt uns das Cystoskop, daß die Neubildungen weit in das cervico-vesikale Gewebe eingewuchert sind, so ist eine Heilung auf operativem Wege, auch von der Wertheim'schen Radikalmethode nicht mehr zu erhoffen, und es kann sich nur darum handeln, die Symptome zu bekämpfen und das kindliche Leben zu retten.

Zeigt das Carcinom örtlich keine Symptome, so ist auch örtlich nichts zu behandeln. Es ist durchaus contraindiziert in einem harten, nicht blutenden, nicht jauchenden Carcinom, bei welchem wir die Radikaloperation nicht mehr ausführen können, herumzukratzen und herumzuschneiden; dadurch macht man nur ein Geschwür im Krebs, wo bis dahin noch keines war und begünstigt somit die Ansiedelung von Mikroorganismen, unter deren Einfluß die besagten Prozesse der Zersetzung alsbald ihren Anfang nehmen können; man würde vielmehr nur das Leben des Kindes durch die nunmehr erhöhte Disposition zu Abort und Frühgeburt in Gefahr bringen. Palliativoperationen, wie Excochleation, supravaginale Amputation des Cervix, Kauterisation, Excisionen, Portioamputationen, sind in der Schwangerschaft womöglich ganz zu unterlassen oder doch nur mit äußerster Vorsicht und unter steter Berücksichtigung des kindlichen Lebens auszuführen. Es ist vielmehr prinzipiell indiziert, speziell in den ersten $^2/_3$ der Schwangerschaft, ein durchaus exspektatives Verhalten einzuschlagen; etwaige störende Symptome wie Blutungen,

jauchiger Ausfluß etc. sind durch desinfizierende und adstringierende, eventl. desodorisierende Vaginalausspülungen und durch vorsichtige Jodoformgazetamponade zu bekämpfen. Versuchen kann man auch Injektionen von Pyoktanin oder von Methylenblau, oder von abs. Alkohol mittelst Pravazscher Spritze in das Carcinomgewebe hinein. Darnach schrumpft das Gewebe in der Umgebung der Einstiche, die Blutung wird geringer. Außer der Schmerzhaftigkeit der Injektionen hat dieses Verfahren keine Nachteile, allerdings auch nur mäßige Erfolge. In jedem Falle ist, soweit irgend angängig, jede Prozedur zu vermeiden, welche zu vorzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft Veranlassung geben könnte. Neben der lokalen symptomatischen Behandlung ist auf die Kräftigung des Allgemeinzustandes durch diätätische und andere Maßregeln Gewicht zu legen, was für Mutter und Kind von großem Nutzen sein kann. Gegen die eventl. auftretenden Schmerzen ist auch in der Schwangerschaft die Darreichung von Narkoticis erlaubt und geboten.

Wenn die Mutter in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, also bei lebensfähigem Kinde, ad exitum kommt, so ist sofort nach erfolgtem Tode das kindliche Leben durch unverzügliche operative Entbindung mittelst Kaiserschnitt zu retten.

Therapie des inoperablen Carcinoms in der Geburt.

Hat bei inoperablem Carcinom die Schwangerschaft ihr Ende erreicht, und hat die Wehentätigkeit eingesetzt, so ist ja zunächst, theoretisch wenigstens, die Möglichkeit a priori nicht von der Hand zu weisen, daß die Geburt spontan per vias naturales zu Ende kommt. Auf die großen Gefahren der Spontangeburt bei carcinomatös infiltriertem Collum ist im Vorhergehenden wiederholt hingewiesen worden, und es ist ohne Weiteres einleuchtend, daß dieselben noch eine weitgehende Steigerung erfahren werden, wenn es sich um ein so weit vorgeschrittenes Carcinom handelt, daß wir es als inoperabel bezeichnen müssen. Jener

für die Mutter so verhängnisvolle Zustand der zirkulären starren und undehnbaren Infiltration des Collum wird bei inoperablen Carcinomen fast stets erreicht sein, und es ist somit von dem Versuch, bei einer solchen Lage der Dinge die Geburt spontan zu Ende kommen zu lassen, nichts zu erhoffen als unmittelbare Gefahr für Mutter und Kind. In einzelnen Fällen ist die Entwickelung eines lebenden Kindes durch Forceps, tiefe Cervixincisionen, Wendung und Extraktion allerdings denkbar, doch laufen wir dabei stets Gefahr, uns um den Erfolg, auf den wir monatelang hingearbeitet haben — die Erhaltung des kindlichen Lebens und Geburt eines lebenden Kindes — durch die mit derartigen Eingriffen stets verbundene Gefahr des Absterbens der Frucht noch in letzter Stunde betrogen zu sehen. Außer bei totem Kinde, wo auch hier selbstverständlich die Perforation der indizierte Weg ist, ist die Entwickelung des Kindes per vias naturales im allgemeinen aussichtslos und unzweckmäßig, daher am besten zu vermeiden.

Die für die Erhaltung des kindlichen Lebens, auf die es uns nunmehr lediglich ankommt, beste und gefahrloseste Methode ist die operative Entbindung durch abdominellen Kaiserschnitt, den wir als eine für die Frucht lebenssichere Operation bezeichnen können. Es ist deshalb ratsam, diese Methode vor andern Möglichkeiten prinzipiell zu bevorzugen und ihr zur Vermeidung der Wochenbettinfektion die supravaginale Amputation anzuschließen. Zur Verhinderung septischer Infektionen ist es am zweckmäßigsten, nach dem Vorschlag Ohlshausen's den zunächst für sich vernähten Stumpf zu versenken und dann über Stumpf und Parametrien die Bauchhöhle durch eine möglichst exakte Peritonisierung des Operationsgebietes abzuschließen.

Somit ist die Therapie für jedes Stadium des Carcinoms und der Schwangerschaft klar vorgezeichnet und wir können das Gesamtresultat unser Betrachtungen in die von Sarvey aufgestellten, heute von fast allen Gynaekologen anerkannten und befolgten Leitsätze zusammenfassen:

1. Die vaginale Entbindungs- und Operationsmethoden sind sowohl bei operablem als bei

inoperabel gewordenem Uteruscarcinom in Schwangerschaft und Geburt grundsätzlich zu vermeiden; an ihre Stelle treten die abdominalen Verfahren.

2. Bei **operablem** Carcinom stellt zu jeder Zeit der Schwangerschaft und Geburt die unverzüglich vorzunehmende **abdominale** erweiterte Totalexstirpation — **Wertheim'sche Radikaloperation** — im Interesse der kranken Mutter das rationellste Verfahren dar, weil dieses die weitgehendste Ausrottung des Carcinoms (Exstirpation im Gesunden) am besten ermöglicht und darum die günstigsten Chancen für die Dauerheilung darbietet; in den letzten drei Schwangerschaftsmonaten und am Ende der Gravidität, sowie im Verlaufe der Geburt ist der Operation bei lebender und lebensfähiger Frucht der ventrale Kaiserschnitt vorauszuschicken, durch welchen das Leben des Kindes am sichersten garantiert wird.
3. Bei **inoperablem** Carcinom ist während der Schwangerschaft im Interesse des Kindes ein rein exspektativ-symptomatisches Verhalten bis zum normalen Ende der Gravidität oder wenigstens bis zum Eintritt der Lebensfähigkeit der Frucht durchaus angezeigt; alsdann ist das Kind durch die Vornahme des **abdominalen Kaiserschnittes** zu retten und letzterem die **supravaginale Amputation** mit exakter Peritonisierung des ganzen Operationsgebietes anzuschließen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer,

Herrn Professor Dr. Krönig,

für die gütige Überweisung dieser Arbeit und Herrn Dr. Pankow für die freundlichen Ratschläge, mit denen er mich unterstützte, an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Walter Suchier, bin geboren am 2. Oktober 1885 zu Herrenalb in Württemberg.

Von 1894 bis 1903 besuchte ich das humanistische Gymnasium in Baden-Baden und Freiburg und widmete mich dann auf den Universitäten Freiburg, Kiel und München dem Studium der Medizin.

Im März 1906 bestand ich das Tentamen physikum, im März 1909 das medizinische Staatsexamen.

Literatur.

Acconci, L.: Der vaginale Kaiserschnitt. Beitrag zur Therapie des operierbaren, carcinomatösen, schwangeren Uterus. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1899, Bd. IX, p. 323.

Derselbe: Der vaginale Kaiserschnitt. Atti de la Soc. ital. di ost. e gin , 1898, p. 167, Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1900, No. 27, p. 713.

Agafonow, B. N.: Zwei Fälle von Kaiserschnitt. Russki Wratsch 1906, No. 15, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1907, No. 48, p. 1519.

Bamberger (Kronach): Ein Fall von Cervixcarcinom als Geburtshindernis am normalen Schwangerschaftsende. Müchn. med. Wochenschr. 1902, No. 31, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1903, No. 26, p. 811.

Becking, A. G. T. (Rotterdam): Drei Fälle von Kaiserschnitt nach der von Fritsch angegebenen Methode. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaecol., Jahrg. X, No. 1, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1899, No. 32, p. 990.

Bernius, F.: Über die Komplikation von Uteruscarcinom und Geburt. Diss., Gießen 1905, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1905, No. 51, p. 1580.

Brewis (Edinburg): Bemerkungen über die Behandlung des Cervixcarcinoms in der Schwangerschaft. Geburtsh. Gesellsch. in Edinburg, Sitzung v. 10. Dez. 1902 the Lancet. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1903, No. 20, p. 614.

Büttner, O.: Beitrag zur Kasuistik des vaginalen Kaiserschnittes bei Eklampsie, Placenta praevia und Carcinom des schwangeren Uterus. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 1907, Bd. XI, Heft 3, p. 401.

Bumm, E.: Zur Technik und Anwendung des vaginalen Kaiserschnittes. Centralbl. f. Gyn. 1902, No. 52, p. 1417/1420.

Bumm: Grundriß zum Studium der Geburtshilfe, IV. Aufl., Wiesbaden 1907.

Coen, G. (Livorno): Kaiserschnitt und Totalexstirpation bei Carcinoma uteri. Rassegna d'ost e gin. 1901, No. 3—5, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1902, No. 19, p. 518.

Cohnstein, J.: Über die Komplikation der Schwangerschaft und Geburt mit Gebärmutterkrebs. Arch. f. Gyn. 1873, Bd. V, p. 366.

Csiky: Fall von Exstirpation eines carcinomatösen graviden Uterus. Sitzung d. ungar. Ärztevereins zu Budapest v. 28. II. 1899. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1900, No. 33, p. 881.

Deppisch (Pottenstein): Zum Verhalten des Arztes bei Komplikation von Schwangerschaft und Geburt mit Carcinoma colli uteri. Münchn. med. Wochenschr. 1898, No. 7, Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1899, No. 46, p. 1404.

Deppisch: Über die Komplikation von Schwangerschaft und Geburt mit Gebärmutterkrebs. Diss., Würzburg 1887.

Doktor: Totalexstirpation im 3. Schwangerschaftsmonate wegen Carcinom der Portio vaginalis. Sitzung d. ungar. Ärztevereins zu Budapest v. 28. II. 1899. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1900, No. 33, p. 879.

Döderlein-Krönig: Operative Gynaekologie, Leipzig 1905.

Dührßen, A.: Der vaginale Kaiserschnitt. v. Winckels Handb. d. Geburtsh., 1906, Bd. III, Teil I, p. 575 ff.

v. Erlach und v. Wörz: Beiträge zur Beurteilung der Bedeutung der vaginalen und sakralen Totalexstirpation des Uterus für die Radikalheilung des Gebärmutterkrebses. Wien 1901.

Elmgren: Beobachtungen von Carcinom des Gebärmutterhalses bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Mitteil. aus d. gynäk. Klinik zu Helsingfors, Berlin 1899, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1899, No. 30, p. 923.

Forchier und Commandeur (Lyon): Abdominale Hysterektomie und Sectio caesarea. Lyon. med. 1903, 13. Sept., Ref. Centralblatt f. Gyn. 1904, No. 25, p. 909.

v. Franqué, O.: Carcinoma uteri und Geburt. Prager med. Wochenschrift 1905, No. 1.

Derselbe: Demonstration zur Komplikation von Carcinom und vorgeschrittener Schwangerschaft. Geb.-Gyn. Gesellschaft in Wien, Sitzung vom 6. Juni 1905 (mit Diskussion Wertheim, Schauta). Ref. Centralbl. f. Gyn. 1906, No. 5, p. 157.

Freund, R.: Über Carcinom bei Schwangerschaft. Verein der Ärzte in Halle a. S. Münchn. med. Wochenschr. 1905, No. 23, p. 1122.

Freund: Zur erweiterten Freundschen Operation bei Krebs der Gebärmutter. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1901, Bd. 46, p. 206.

Gallmann: Die Indikationen zum vaginalen Kaiserschnitt. Diss., Freiburg i. B. 1908.

Gebhard: Im 3. Monat schwangerer carcinomatöser Uterus. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1900, No. 26, p. 673.

Glockner, A.: Uterus gravidus im 4. Monat, wegen Carcinoma portion. unverkleinert vaginal entfernt. Gesellsch. f. Geb. zu Leipzig 1901, No. 37, p. 1037.

Derselbe: Über Uteruscarcinom und Schwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate der operativen Behandlung. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 1902, Bd. VI, p. 212.

Derselbe: Über Uteruscarcinom und Gravidität. Gesellsch. f. Geb. zu Leipzig, 508. Sitzung v. 16. Juni 1902. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1902, No. 39, p. 1025.

Göbel (Worms): Schwangerschaft, kompliziert mit Portio-Carcinom. Münchn. med. Wochenschr. 1902, No. 48, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1903, No. 24, p. 746.

Gräfe, M.: Zur Frage der Dauerheilung nach Operation des Cervixcarcinoms in der Schwangerschaft. Sammlung zwangloser Abhandl. aus dem Geb. d. Frauenheilk. u. Geburtsh. 1907, Bd. VII, Heft 4.

Groß, O. C.: Über vaginalen Kaiserschnitt bei Carcinoma portionis im VI. Schwangerschaftsmonat. Diss., Kiel 1900.

Gusserow: Die Neubildungen des Uterus. Handbuch der Frauenkrankheiten (redig. von Billroth u. Lücke, Stuttgart), 1886, Bd. II, p. 199.

Hense, K.: Der Einfluß von Schwangerschaft und des Klimakterium auf die Dauerresultate der Radikaloperation des Uteruscarcinoms. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XLVI, p. 68.

Jahreiß: Einige Fälle von Schwangerschaft bei Krebs der Portio vaginalis. Zentralbl. f. Gyn. 1899, No. 13, p. 349.

Jödicke, P.: Ein Fall von Carcinoma portionis uteri und Geburt. Diss., Leipzig 1903, Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1905, No. 4, p. 123.

Jordan, G.: Vaginaler Kaiserschnitt mit sofort angeschlossener Totalexstirpation wegen Portiocarcinom im 10. Schwangerschaftsmonate. Przeglad lekarski No. 14, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1910, No. 2, p. 69.

Jordan: Cervixcarciom in der Gravidität. The Lancet 1902, Ref. Frommels Jahresber. über 1903, p. 728.

Kallmorgen: Vaginaler Kaiserschnitt im 8. Schwangerschaftsmonate (Zwillinge) bei Portiocarcinom. Centralbl. f. Gyn. 1902, No. 48, p. 1234.

Kamann: Demonstration in der Gyn. Gesellsch. in Breslau. Sitzung v. 16. Mai 1905. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1905, No. 46, p. 1424.

Kaußmann, A.: Über Uteruscarcinom bei Gravidität, Geburt und Wochenbett mit einer Statistik der Fälle an der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin vom Jahre 1886 an. Diss., Berlin 1897, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1899, No. 30, p. 936.

Kermauer, F., und Laméris, G.: Zur Frage der erweiterten Radikaloperation des Gebärmutterkrebses. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. 1901, Bd. V, p. 128.

Kerr, M. (Glasgow): Gravidität im Uterus carcinomatosis inoperabilis Porro. Glasgow. med. Journ., Mai 1903, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1904, No. 46, p. 1423.

Derselbe: Carcinoma of the cervix complicating pregnancy and labour. The brit. med. journ. 1905, Nov. 12, p. 1312. Ref. Frommels Jahresb. über 1905, p. 688.

Küstner, O.: Demonstration auf der gyn. Gesellsch. in Breslau. Sitzung vom 11. Juli 1905. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1906, No. 37, p. 1025.

Küstner: Die epitheloiden Geschwülste des Uterus. Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie, bearbeitet von Bumm, Döderlein, Krönig, v. Rosthorn, Küstner. III. Aufl., Jena 1908.

Labhardt (Basel): Ein Fall von „missed labour“ bei Carcinoma uteri. Beitr. z. Geb. u. Gyn., 1902, Bd. VI, Heft 3.

Lehmann, A.: Gravidität und Uteruscarcinom. Diss., Halle a. S. 1908

Lewinowitsch, M.: Konservativer Kaiserschnitt bei vernachlässigtem Cervixcarcinom. Geb.-Gyn. Gesellsch. in Petersburg, Sitzung v. 19. Oktober 1900, Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1991, Bd. XIII, p. 659.

Liepmann: Demonstration in der Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzung v. 14. Dezember 1906. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1907, No. 11, p. 314, u. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1907, Bd. LIX, p. 362.

Ludwig: Demonstration in d. geb.-gyn. Gesellsch. in Wien. Sitzung v. 13. Dezember 1898. Ref. Centralbl. f. Geb. 1899, No. 15, p. 430.

Macdonald und Mackay: Hysterektomie wegen Uteruskrebs mit Schwangerschaft. The Lancet 1904, No. 42, Ref. Frommels Jahresb. über 1904, p. 725.

Marx (New-York): Maligne Erkrankungen während der Schwangerschaft. Med. record 1202, 24. Mai, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1903, No. 24, p. 748.

Merttens, J.: Beitrag zur Behandlung des Collumcarcinoms in vorgerückteren Schwangerschaftsstadien. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1899, Bd. IX, p. 84.

Micholitsch, Th.: Ein Fall von erweiterter Radikaloperation bei mit Schwangerschaft kompliziertem Uteruskrebs. Centralbl. f. Gyn. 1901. Nr. 3, p. 77.

Nagel, W.: Demonstration in d. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzung vom 28. Okt. 1904. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1905, No. 4, p. 112, u. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1904, Bd. LIII, p. 579.

Neumann, J. (Ungarn): Carcinoma cervicis uteri als Geburtshindernis. Orvosok Lapya 1901, Nr. 9, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1902, Nr. 40, p. 1052, u. Frommels Jahresb. 1901, p. 708.

Olshausen, R.: Carcinom des Uterus und Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1897, Bd. 37, p. 1.

Opitz: Totalexstirpation nach vaginalem Kaiserschnitt wegen Portiocarcinoms. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1899, Bd. 41, p. 350.

Ohrtmann, E. G.: Demonstration in der Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin vom 11. I. bis 8. II. 1901. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1901, Bd. XLV, p. 170, u. Centralbl. f. Gyn. 1901, No. 8, p. 212.

Derselbe: Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft, nebst Beitrag zur Lehre vom vaginalen Kaiserschnitte. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1903, Bd. XVIII, p. 718.

v. Ott, P.: Über die operative Behandlung des Gebärmutterkrebses. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1900, Bd. XII, p. 265.

Oui: Schwangerschaft im carcinomatösen Uterus. Bericht über 2 Fälle. Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. u. Päd. zu Paris. Sitzung vom 4. Februar 1907. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1907., Bd. 25, p. 776.

Reifferscheid: Komplikation von Graviditas mens. X mit Portiocarcinom. Deutsche med. Wochenschrift 1906, No. 21, p. 812.

Riegg, G.: Ein neuer Fall von Sectio caesarea vaginalis (nach Dührßen) am Ende der Gravidität mit Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinoms der Portio. Diss., Tübingen 1899.

Sanderson: Cervixcarcinom im 5. Monat der Schwangerschaft. Gesellschaft f. Geb. zu London. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1902, No. 14, p. 376.

Sarwey, O.: Zur Behandlung des Carcinoms am Ende der Schwangerschaft. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 1899, Bd. II, p. 178.

Derselbe: Uteruscarcinom u. Schwangerschaft. Handbuch der Gynäkologie, herausgegeben von J. Veit. Wiesbaden 1908.

Sawicki: Demonstration eines carcinomatösen schwangeren Uterus. Med. 1905, p. 708.

Scheib, A.: Über vaginale Sectio caesarea. Prager med. Wochenschr. 1906, No. 39, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1907, No. 11, p. 325.

Schröder, E.: Vaginale Uterusexstirpation im 6. Schwangerschaftsmonat wegen Carcinoms. Centralbl. f. Gyn. 1902, No. 40, p. 1043.

Schröder, H.: Gravider Uterus mit Portiocarcinom. Verhandlung der Deutschen Gesellschaft für Gyn. 1904, Bd. X, p. 611.

Schröder, G.: Gravidität des V. bis VI. Monats, kombiniert mit einem Zylinderepithelcarcinom der Portio. Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde in Bonn. Vereinsbeil. d. Deutschen med. Wochenschr. 1905, No. 45, p. 1819.

Schwarwäller: Demonstration im wissensch. Verein der Ärzte in Stettin am 8. November 1904. Ref. Berlin. klin. Wochenschrift 1905, No. 10. p. 278.

Seitz, L.: Sectio caesarea vaginalis nach Bumm und anschließende vaginale Totalexstirpation bei Carcinom der hinteren Lippe. Münch. Gynäk. Gesellsch. Sitzung vom 17. Mai 1905. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1906, No. 14, p. 400 u. Monatsschr. für Geb. u. Gyn. 1906, Bd. 24, p. 263.

Sohège, M.: Beitrag zur Behandlung des Gebärmutterkrebses am Ende der Schwangerschaft. Diss. Leipzig 1901.

Solowij: Carcinoma portionis in gravida VI mensium. Gyn. Gesellschaft zu Lemberg 12. XII. 1900. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1901, No. 11, p. 281.

Spencer, H. R.: Three cases of cancer of the cervix complicating labour in advanced pregnancy, the patients well 11. 8 and 8 years after high amputation of the cervix. The journ. of obst. a. gyn. 1904 Vol. II. No. 6, p. 421. Ref. Frommels Jahresb. 1905, p. 691 u. Centralbl. f. Gyn. 1905. No. 24, p. 758.

Straßmann, P.: Demonstration in der Gesellsch. f. Gyn. u. Geb. zu Berlin. Sitzung vom 8. Juli 1904. Ref. Centralbl f. Gyn. 1904, No. 48, p. 1490.

Strauch: Ein Fall einer totalen vaginalen Uterusexstirpation sofort nach der Geburt wegen Portiocarcinom. Journ. akusch. i. shensk. Bolesney 1900, No. 11. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1901, No. 21, p. 608.

Theilhaber: Die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft und bei der Geb. Arch. f. Gyn. 1894, Bd. 47, p. 56,

Thies: Demonstration in der Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzung v. 18. März 1907. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1907, No. 28, p. 875 u. p. 889.

Thorn, W.: Zur Therapie des operablen Uteruscarcinoms am Ende der Schwangerschaft. Münchn, med. Wochenschr. 1899. No. 21 u. 22.

Thorn, W.: Carcinoma cervicis; Graviditas ad terminum. Frucht abgestorben, missed labour, septische Peritonitis, Physometra, Nephritis; vaginale Exstirpation des Uterus. Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 46, p. 1609.

Toth, St.: Demonstration in der gyn. Sekt. d. Kgl. ungar. Ärzteverein. zu Budapest. Sitzung vom 5. Oktober 1903. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1904, No. 24, p. 780 u. 781.

Trotta, G. (Neapel): Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Arch. di ost. e gin. Agosto 1906. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1903, No. 40, p. 1202.

Derselbe: Über einen Fall von Kaiserschnitt abdominaler Totalexstirpation bei Cervixcarcinom. Arch. di ost. e gin. Avril 1906. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1907, No. 48, p. 1517.

Varnier, H.: Langsames Wachstum eines Kankroids in der Cravidität. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris 1901. Mars. Ref. Frommels Jahresb. 1901, p. 714 (721).

Veit, J.: Demonstration im Verein der Ärzte in Halle a. S. Sitzung vom 12. Dezember 1906. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1907, Bd. 25, p. 779.

Veit (Erlangen): Carcinoma cervicis bei gravidem Uterus. Fränk. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. Sitzung v. 24. Oktober 1903. Ref. Centralbl. f. Geb. u. Gyn. 1904, No. 20, p. 672.

Wagner (Karlsruhe): Über die Therapie bei Gravidität, kompliziert durch Carcinom des Uterus. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1902, Bd. XV, p. 741.

Weber, F.: Über den vaginalen Kaiserschnitt bei mit Portiocarcinom komplizierter Schwangerschaft. Centralbl. f. Gyn. 1902, No. 48, p. 1295.

Wertheim, E.: Schwangerschaft und Geburt bei Uteruscarcinom. v. Winckels Handb. d. Geburtsh. 1904, Bd. II, Teil I, p. 474.

Derselbe: Diskussion zur Demonstration von Franqués in d. geb.-gyn. Gesellsch. in Wien. Sitzung vom 6. Juni 1905. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1906, No. 5, p. 158.

Weyl (Breslau): Inoperables Carcinom der Mamma und der Portio. kombiniert mit Gravidität. Wiener med. Wochenschr. 1904, No. 37—40. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1905, No. 8, p. 244 und Frommels Jahresb. über 1904, p. 728.

Winter: Genügt die vaginale Uterusexstirpation als radikale Krebsoperation? Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900, Bd. 43, p. 509.

Würst, E.: Über einen Fall von primärem Carcinom der Vagina, kompliziert mit Schwangerschaft. Diss. Leipzig 1900.

Zuralst: Über zwei Fälle von Geburt bei Uteruscarcinom. Diss. Kiel 1899 (Kasuistik).

Schröder, E.: Vaginale Uterusexstirpation im 6. Schwangerschaftsmonat wegen Carcinoms. Centralbl. f. Gyn. 1902, No. 40, p. 1043.

Schröder, H.: Gravider Uterus mit Portiocarcinom. Verhandlung der Deutschen Gesellschaft für Gyn. 1904, Bd. X, p. 611.

Schröder, G.: Gravidität des V. bis VI. Monats, kombiniert mit einem Zylinderepithelcarcinom der Portio. Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde in Bonn. Vereinsbeil. d. Deutschen med. Wochenschr. 1905, No. 45, p. 1819.

Schwarwäller: Demonstration im wissensch. Verein der Ärzte in Stettin am 8. November 1904. Ref. Berlin. klin. Wochenschrift 1905, No. 10. p. 278.

Seitz, L.: Sectio caesarea vaginalis nach Bumm und anschließende vaginale Totalexstirpation bei Carcinom der hinteren Lippe. Münch. Gynäk. Gesellsch. Sitzung vom 17. Mai 1905. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1906, No. 14, p. 400 u. Monatsschr. für Geb. u. Gyn. 1906, Bd. 24, p. 263.

Sohège, M.: Beitrag zur Behandlung des Gebärmutterkrebses am Ende der Schwangerschaft. Diss. Leipzig 1901.

Solowij: Carcinoma portionis in gravida VI mensium. Gyn. Gesellschaft zu Lemberg 12. XII. 1900. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1901, No. 11, p. 281.

Spencer, H. R.: Three cases of cancer of the cervix complicating labour in advanced pregnancy, the patients well 11. 8 and 8 years after high amputation of the cervix. The journ. of obst. a. gyn. 1904 Vol. II. No. 6, p. 421. Ref. Frommels Jahresb. 1905, p. 691 u. Centralbl. f. Gyn. 1905. No. 24, p. 758.

Straßmann, P.: Demonstration in der Gesellsch. f. Gyn. u. Geb. zu Berlin. Sitzung vom 8. Juli 1904. Ref. Centralbl f. Gyn. 1904, No. 48, p. 1490.

Strauch: Ein Fall einer totalen vaginalen Uterusexstirpation sofort nach der Geburt wegen Portiocarcinom. Journ. akusch. i. shensk. Bolesney 1900, No. 11. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1901, No. 21, p. 608.

Theilhaber: Die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft und bei der Geb. Arch. f. Gyn. 1894, Bd. 47, p. 56,

Thies: Demonstration in der Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzung v. 18. März 1907. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1907, No. 28, p. 875 u. p. 889.

Thorn, W.: Zur Therapie des operablen Uteruscarcinoms am Ende der Schwangerschaft. Münchn, med. Wochenschr. 1899. No. 21 u. 22.

Thorn, W.: Carcinoma cervicis; Graviditas ad terminum. Frucht abgestorben, missed labour, septische Peritonitis, Physometra, Nephritis; vaginale Exstirpation des Uterus. Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 46, p. 1609.

Toth, St.: Demonstration in der gyn. Sekt. d. Kgl. ungar. Ärzteyer. zu Budapest. Sitzung vom 5. Oktober 1903. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1904, No. 24, p. 780 u. 781.

Trotta, G. (Neapel): Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Arch. di ost. e gin. Agosto 1906. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1903, No. 40, p. 1202.

Derselbe: Über einen Fall von Kaiserschnitt abdominaler Totalexstirpation bei Cervixcarcinom. Arch. di ost. e gin. Avril 1906. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1907, No. 48, p. 1517.

Varnier, H.: Langsames Wachstum eines Kankroids in der Cravidität. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris 1901. Mars. Ref. Frommels Jahresb. 1901, p. 714 (721).

Veit, J.: Demonstration im Verein der Ärzte in Halle a. S. Sitzung vom 12. Dezember 1906. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1907, Bd. 25, p. 779.

Veit (Erlangen): Carcinoma cervicis bei gravidem Uterus. Fränk. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. Sitzung v. 24. Oktober 1903. Ref. Centralbl. f. Geb. u. Gyn. 1904, No. 20, p. 672.

Wagner (Karlsruhe): Über die Therapie bei Gravidität, kompliziert durch Carcinom des Uterus. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1902, Bd. XV, p. 741.

Weber, F.: Über den vaginalen Kaiserschnitt bei mit Portiocarcinom komplizierter Schwangerschaft. Centralbl. f. Gyn. 1902, No. 48, p. 1295.

Wertheim, E.: Schwangerschaft und Geburt bei Uteruscarcinom. v. Winckels Handb. d. Geburtsh. 1904, Bd. II, Teil I, p. 474.

Derselbe: Diskussion zur Demonstration von Franqués in d. geb.-gyn. Gesellsch. in Wien. Sitzung vom 6. Juni 1905. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1906, No. 5, p. 158.

Weyl (Breslau): Inoperables Carcinom der Mamma und der Portio. kombiniert mit Gravidität. Wiener med. Wochenschr. 1904, No. 37—40. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1905, No. 8, p. 244 und Frommels Jahresb. über 1904, p. 728.

Winter: Genügt die vaginale Uterusexstirpation als radikale Krebsoperation? Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900, Bd. 43, p. 509.

Würst, E.: Über einen Fall von primärem Carcinom der Vagina, kompliziert mit Schwangerschaft. Diss. Leipzig 1900.

Zuralst: Über zwei Fälle von Geburt bei Uteruscarcinom. Diss. Kiel 1899 (Kasuistik).

